1re Année | N° 8 | 15 Juin 1911

Archives de Doyen

Revue Médico-Chirurgicale Illustrée

Paraissant le 15 de chaque mois

E. DOYEN
J. BOUCHON — R. DOYEN

SOMMAIRE :

PARIS

RÉDACTION-ADMINISTRATION
Institut Doyen, 6, rue Piccini

A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, rue de l'École-de-Médecine

1911

ARCHIVES DE DOYEN

SOMMAIRE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Désarticulation de l'épaule.

On fera l'amputation en raquette en variant le tracé de l'incision suivant l'état des téguments atteints par le traumatisme ou bien envahis par le néoplasme.

OPÉRATION

Le patient est anesthésié étendu sur le dos, l'épaule à opérer du côté de la lumière. On évitera de pincer immédiatement les vaisseaux, si l'on a un bon assistant pour comprimer la sous-clavière.

*

Côté gauche.

1er Temps. — Le bras est tenu près du tronc. Le couteau plonge entre l'acromion et l'apophyse coracoïde jusqu'à l'articulation ; on trace une incision longitudinale de dix centimètres, pour suivre ensuite le deltoïde en dehors et en arrière, et atteindre la face postérieure du bras, à 4 ou 5 centimètres du creux

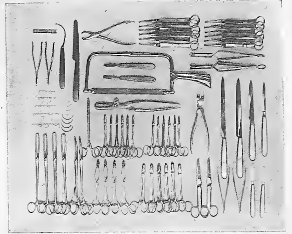


Fig. 1. — Instruments nécessaires pour l'amputation ou la désarticulation du bras.

De bas en haut et de droite à gauche : 2 bistouris, 2 pinces à dissection, 2 paires de forts ciseaux, 6 pinces à artères, 4 pinces à mors ovalaires, 2 longues pinces courbes, 4 pinces de Museux.

Un couteau de 12 centimètres pour désarticuler le poignet, un couteau de 16 centimètres, 2 couteaux de 18 centimètres, une pince de Liston, 6 pinces de Championnière, 6 pinces porte-aiguilles, 1 pince porte-aiguille à mors excentrés, des aiguilles assorties, des drains, 2 pinces tracteurs droites, une scie à chantourner, une rugine droite et une rugine courbe.

12 pinces-érignes, une pince-gouge, une scie à dos mobile, une aiguille à manche, des agrafes de Michel et des porte-agrafes.

axillaire. L'aide soulève le bras pendant que le couteau chemine en dehors, puis en arrière.

2e Temps. — Le bras est écarté du tronc. Le chirurgien, qui se tenait près du flanc du patient, se déplace alors du côté de la tête, et, plongeant le couteau vers le creux axillaire, va reprendre sa première incision, pour la terminer en raquette au point où finit l'incision longitudinale antérieure.

3e Temps. — Le couteau repasse en dehors et en arrière et coupe tout jusqu'à l'os.

En dedans, le grand pectoral est sectionné avec soin. et les vaisseaux axillaires, mis à nu, sont saisis avec une longue pince courbe. Le couteau passe immédiatement au-dessous et achève la section circulaire.

4e Temps. — La lèvre postérieure du moignon est détachée de l'articulation, et le couteau est plongé vers l'apophyse coracoïde, la lame entamant la capsule, et le bras dans la rotation forcée en dedans. Le couteau exécute de petits mouvements de va-et-vient, comme pour entamer la tête humérale; l'aide exécute alors la rotation du bras en dehors, afin de présenter successivement au tranchant toute l'étendue de la moitié antérieure de la capsule articulaire.

La tête apparaît, l'aide porte le coude en arrière et le fait saillir dans la plaie.

5e Temps. — Le couteau passe à plein tranchant entre l'humérus et la cavité glénoïde, et achève de sectionner ce qui reste en arrière de tissus fibro-musculaires.

6e Temps. — Ligature isolée de l'artère et de la veine. Réunion et drainage.

S'il y a menace d'infection, on fera le tamponnement et on ne réunira que partiellement la peau, à la partie supérieure de la raquette.

Côté droit.

1er Temps. — L'incision longitudinale est continuée vers le creux axillaire sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

2e Temps. — Le bras est relevé et écarté légèrement du tronc. Le chirurgien se baisse et passe le couteau, la pointe en haut, dans le creux axillaire, pour reprendre la première incision et la continuer en arrière, et, tandis que l'aide abaisse le bras en dehors, rejoindre en avant, avec ou sans reprise, l'incision longitudinale primitive.

3e Temps. — Section, en dedans, du grand pectoral, pincement des vaisseaux et, immédiatement au-dessus de la pince, section en dedans, en arrière, puis en dehors, de tous les tissus jusqu'à l'os.

4e Temps. — La lèvre postérieure du moignon est relevée pour mettre à nu la capsule articulaire, et la désarticulation est effectuée, comme plus haut, par rotation de dedans en dehors; l'opération continue suivant la même technique.

Amputation du bras.

La méthode circulaire à manchette cutanée et la méthode à deux lambeaux sont celles qui donnent le meilleur résultat. Dans le cas de traumatisme avec infection, la méthode circulaire à manchette cutanée, suivie du simple tamponnement, est le procédé de choix.

La méthode à deux lambeaux, antérieur et postérieur, ne convient qu'aux cas où le champ opératoire est aseptique et peut être réuni.

Amputation circulaire.

L'amputation circulaire, à manchette cutanée, traitée par le tamponnement ouvert, sans aucune suture, est la seule qui convienne aux cas graves d'infection,

Fig. 2. — Amputation de la partie moyenne du bras, à deux lambeaux égaux, pour ostéo-sarcome ulcéré de l'avant-bras. Reprise circulaire du couteau, pour sectionner les muscles profonds autour de l'humérus.

Fig. 3. — *Idem.* L'humérus vient d'être sectionné, on distingue les deux lambeaux musculo-cutanés. Ligature de l'artère humérale.

Fig. 4. — Amputation intra-deltoïdienne du bras droit. 2ᵉ temps. Le lambeau externe ou deltoïdien est relevé avec deux pinces de Museux. Le couteau est passé en dedans de l'humérus.

Fig. 5. — Même opération. 4ᵉ temps. Plaie infundibuliforme résultant de l'amputation intra-deltoïdienne. Une pince-tracteur assure l'hémostase provisoire de l'artère humérale.

tels que le phlegmon diffus à streptocoques, consécutif à l'écrasement du coude, par exemple.

Le bras est tenu horizontalement du côté de la lumière, et le chirurgien est

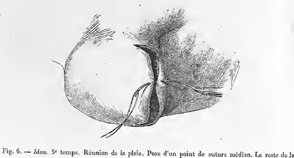


Fig. 6. — *Idem.* 5e temps. Réunion de la plaie. Pose d'un point de suture médian. Le reste de la plaie sera réuni avec les agrafes.

placé de manière que son bras droit soit également tourné du côté de la baie vitrée. On fait la compression de la sous-clavière.

OPÉRATION

La section de la peau doit être faite à un diamètre du bras au-dessus du point où l'os sera sectionné.

1er Temps. — Le chirurgien se baisse, passe le couteau par-dessous, puis au-dessus du bras et commence la section circulaire des téguments de manière à la terminer autant que possible en un seul temps.

Il fait immédiatement une reprise pour compléter la section du tissu circulaire jusqu'à l'aponévrose.

2e Temps. — Dissection de la manchette. S'il existe un œdème de la couche sous-cutanée, il est indispensable, pour relever et disséquer la manchette, de faire une incision longitudinale antérieure de 6 à 8 centimètres, suivant le diamètre du bras,

La manchette, à mesure qu'elle est détachée, est saisie avec 3 ou 4 pinces érignes.

3e Temps. — Section circulaire superficielle des muscles, en prenant soin de passer sur l'artère en dédolant, si l'on n'a personne pour comprimer la sous-clavière. On pince l'artère et on achève la section circulaire jusqu'à l'os.

4e Temps. — L'os est scié rapidement et avec légèreté, de manière à ne pas faire d'esquille. Tamponnement. Suture.

Amputation à lambeaux.

Lorsque la région est suffisamment aseptique, la méthode à lambeaux est la méthode de choix. Elle se fait soit à la région deltoïdienne, soit à la partie moyenne du bras, soit au tiers inférieur.

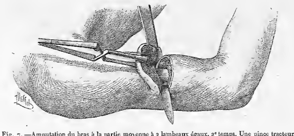


Fig. 7. —Amputation du bras à la partie moyenne à 2 lambeaux égaux, 2e temps. Une pince tracteur saisit le lambeau antérieur qui ne comprend pas le paquet vasculo-nerveux.

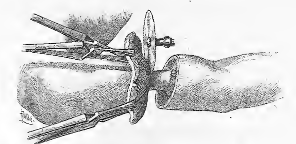


Fig. 8. — Même opération. Grâce à l'emploi de 3 pinces tracteurs, tout en assurant l'hémostase temporaire, on récline suffisamment les lambeaux cutanéo-musculaires pour scier commodément l'humérus. Nous avons représenté la section avec la scie circulaire.

POSITION DU CHIRURGIEN

Le chirurgien doit se placer de telle manière que sa main gauche soit dirigée vers la racine du membre. S'il opère de la main droite, et s'il s'agit du bras gauche, le membre sera placé en abduction, et l'opérateur se placera en dedans ; pour le bras droit, il se placera en dehors.

Dans ces deux cas, il faut disposer d'un aide pour relever les lambeaux. Si l'on opère seul dans un cas d'urgence, et s'il est nécessaire de relever soi-même le lambeau, il faut au contraire se placer en dehors du bras droit, et en dedans du

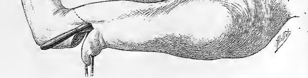


Fig. 9. — Amputation du bras au tiers inférieur à lambeaux égaux. Taille du lambeau antérieur qui comprend le paquet vasculo-nerveux.

bras gauche, c'est-à-dire de telle manière que la main gauche se trouve vers la racine du membre.

En pareil cas, un aide quelconque, qui le plus souvent n'est pas médecin,

Fig. 10. — Même opération. Aspect de la plaie résultant de l'amputation. La pince tracteur antéro-interne assure l'hémostase provisoire.

soutient l'extrémité destinée à être retranchée. C'est ainsi que j'ai opéré bien de fois dans des villages pour des cas de gangrène gazeuse ou diabétique.

Amputation intra-deltoïdienne.

1er Temps. — Bras droit. Le chirurgien taille par transfixion un petit lambeau externe deltoïdien, qui est relevé par un aide avec deux pinces de Museux.

2e Temps. — Il passe immédiatement le couteau en dedans de l'humérus pour tailler le lambeau interne. L'artère est coupée en dernier lieu. Si l'on ne dispose pas d'un aide pour comprimer la sous-clavière, il est facile de la mettre en évidence avant de la couper. en faisant agir sur elle le tranchant du couteau à la manière d'un grattoir. On la pince et on termine la section.

3e Temps. — Section de l'os avec la scie à main.

4e Temps. — Ligature séparée de l'artère et de la veine. Pincement et ligature des vaisseaux musculaires et sous-cutanés qui saignent, et résection des nerfs.

5e Temps. — Suture de la peau et drainage.

Amputation de la partie moyenne.

On fera deux lambeaux égaux, dont la longueur correspondra aux deux tiers du diamètre du membre.

1er Temps. — Taille d'un lambeau antéro-externe ne comprenant pas les vaisseaux.

2e Temps. — Ce lambeau est relevé avec une pince-érigne, taille du lambeau postérieur et pincement immédiat de l'artère.

3e Temps. — Section de l'os, avec la scie à dos mobile.

4e Temps. — Hémostase, suture et drainage.

Amputation au tiers inférieur.

1er Temps. — Taille du lambeau postérieur par transfixion. Ce lambeau est saisi avec une pince tracteur à 6 griffes.

2e Temps. — Taille du lambeau antérieur par transfixion. Les doigts de la main gauche, qui soulèvent les muscles antérieurs et assurent la rétraction de la peau, font en même temps l'hémostase. Dès que l'artère est coupée, elle est saisie entre les griffes d'une nouvelle pince.

3e Temps. — Rétraction des lambeaux et section de l'os.

4e Temps. — Hémostase et résection des nerfs.

5e Temps. — Réunion, drainage.

**

CLINIQUE CHIRURGICALE

du Dr Doyen

Extirpation d'une fistule hyoïdienne congénitale, par le procédé Doyen.

Mme X..., âgée de 42 ans, présente dans la région cervicale antérieure, au niveau du cricoïde, un point fistuleux obturé. Elle vient me consulter parce que, depuis 5 à 6 jours, il s'est formé un abcès pré-thyroïdien. La palpation révèle la présence d'un abcès chaud du volume d'une noix.

Elle m'apprend qu'elle a été opérée, il y a deux ans, à l'étranger, pour un abcès froid ganglionnaire prélaryngé.

L'abcès est ouvert par une petite ponction faite au niveau du point fistuleux obturé. Il s'écoule une certaine quantité de pus. Il s'agit certainement d'une fistule congénitale, qui s'est enflammée et a donné naissance à un abcès.

La suppuration ne tarda pas à s'atténuer et quelques jours après il devint possible d'explorer le trajet fistuleux. Une sonde cannelée, introduite dans l'orifice, pénètre à une profondeur de 5 à 6 centimètres. L'on fait une injection intra-fistulaire de pâte bismuthée pour faire une radiographie. Cet examen révèle la présence d'un trajet fistuleux médian, s'étendant du bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'au corps de l'os hyoïde, exactement à sa partie médiane.

Une intervention est nécessaire pour extirper la totalité de ce trajet fistuleux infecté, afin d'éviter la formation de nouveaux abcès.

La malade vient d'être anesthésiée, la tête est en hyperextension, la région cervicale antérieure bien mise en évidence.

Par une incision losangique, je circonscris l'orifice cutané; puis, procédant par traction et dissection, j'arrive à dissocier de proche en proche le conduit fistuleux.

Je constate alors que la fistule branchiale se dirige vers le corps de l'os hyoïde et s'engage au-dessus de son bord supérieur, dans la base de la langue. L'incision cutanée est agrandie à droite et à gauche suivant un des plis du cou. Il est indispensable d'abaisser l'os hyoïde jusqu'au niveau de la plaie. Pour ce faire, avec mon aiguille à manche, je passe dans les muscles génio-hyoïdiens un fil de soie n° 5 dont les deux chefs sortent par la plaie.

Par ce procédé d'abaissement de l'os hyoïde que je viens d'imaginer, la dissection de la fistule branchiale peut être poursuivie jusqu'au-dessus de l'os hyoïde. Je sectionne cette fistule le plus haut possible. L'orifice muqueux apparaît. Mon

expérience m'a appris qu'il était nécessaire de placer une ligature sur le trajet fistuleux, sinon on s'expose à le voir persister, entretenu par la sécrétion de l'épithélium cylindrique de l'extrémité supérieure de la fistule non réséquée.

Je passe, avec l'aiguille à manche, un fil de catgut 2 dans les muscles périfistulaires et je lie avec soin la fistule. J'enlève le fil de soie tracteur, l'os hyoïde remonte à sa place normale et je termine cette opération en suturant avec de la soie 2 les deux lèvres de la plaie.

Cicatrisation normale.

Kyste de l'ovaire intra-ligamentaire. — Laparotomie. Guérison.

Mme X..., âgée de 45 ans, présente, dans l'abdomen, une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une tête d'adulte.

A la palpation, il est facile de reconnaître que cette tumeur est fluctuante. D'autre part, elle est peu mobile et sa mobilisation abdominale assure en même temps la mobilisation de l'utérus. Il est facile de s'en rendre compte par le toucher vaginal.

Ce kyste ovarien est probablement intra-ligamentaire.

La malade est anesthésiée. J'incise la peau au niveau de la ligne blanche, du pubis jusqu'à un point situé à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La femme présente un développement adipeux considérable, aussi est-il nécessaire de pratiquer une incision très longue. Je sectionne, avec les ciseaux, par mon procédé habituel, la ligne blanche, jusqu'à ras du pubis, en mettant mon index gauche dans l'espace pré-vésical.

La tumeur apparaît. Vous pouvez constater, Messieurs, qu'elle est en situation sous-péritonéale. J'incise le péritoine soulevé par la tumeur et, par le procédé de la divulsion, je parviens à dissocier tout l'espace périkystique. Je me rends compte maintenant que le kyste présente tout son tiers inférieur dans le petit bassin. Il a été assez facile d'isoler ses deux tiers supérieurs, mais il va être beaucoup plus laborieux d'énucléer son pôle inférieur. J'incise le kyste. Il s'en échappe immédiatement une certaine quantité d'un liquide visqueux ressemblant à de la colle de poisson. Je vide le plus complètement possible le kyste. Je saisis avec mes tenettes annulaires et à griffes toute la poche et je procède à son extraction par une traction énergique et continue. Grâce à ce procédé, vous pouvez constater, Messieurs, que j'ai pu énucléer ce kyste sans occasionner de délabrement.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il était utile d'extirper l'utérus au cours d'interventions pour kystes ovariens intra-ligamentaires.

Il faut distinguer deux cas. Quand le kyste intra-ligamentaire s'est développé en soulevant successivement le péritoine ligamentaire postérieur, le péritoine pelvien, le péritoine pelvi-sacré, puis le péritoine de la fosse iliaque interne, en sorte qu'il a réalisé un décollement du péritoine pariétal postérieur, dans ce cas, il suffit, après l'extirpation, de procéder à une péritonisation postérieure, qui peut être laborieuse, mais qui sera toujours réalisable. Il faut assurer l'hémostase avec soin; il est inutile de drainer.

Parfois, au contraire, le kyste intra-ligamentaire se développe entre les

deux feuillets du ligament large et son développement se fait de haut en bas, dans la direction du grand axe du ligament large, envisagé sur une coupe sagittale paramédiane. Dans ce cas, il persiste un grand cul-de-sac antérieur et un grand cul-de-sac postérieur. L'utérus a été rejeté du côté opposé par le développement de la tumeur; sa statique a été considérablement ébranlée.

Après l'extirpation de la poche kystique, il persiste un infundibulum sous-péritonéal, à base ligamentaire dont l'hémostase est très laborieuse et, d'autre part, cette hémostase ne peut être réalisée d'une façon parfaite, car il pourrait arriver que l'uretère soit blessée dans la pince saisissant, au voisinage de l'insertion péritonéale du ligament large, les vaisseaux qui saignent. Il est donc de toute nécessité, dans ce cas, d'assurer le drainage dans la partie déclive, d'où l'indication de procéder à une hystérectomie abdominale totale. C'est ce que je vais faire par mon procédé habituel.

Il est alors facile de mettre trois drains en verre et une mèche dans la cavité vaginale. Pour introduire facilement cette mèche, je me sers habituellement d'une très longue pince courbe de 40 centimètres de longueur; un aide l'introduit dans le vagin par l'orifice vulvaire; quand son extrémité apparaît dans le pelvis, je place une mèche entre les mors et l'aide resserre les branches, il lui est dès lors facile, par une traction prudente, de tirer la mèche jusqu'à ce que son extrémité apparaisse à l'orifice vulvaire. Il est devenu possible maintenant de procéder à la péritonisation, grâce à cette hystérectomie.

Les suites opératoires ont été normales, et la malade a guéri dans d'excellentes conditions.

CLINIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

La Mycolysine dans les Hôpitaux Maritimes.

L'emploi de la Mycolysine dans les hôpitaux maritimes a été autorisé par M. le Ministre de la Marine le 21 décembre 1910, à la suite des essais effectués à l'hôpital maritime de Brest et conformément à l'avis du Conseil supérieur de santé.

Le 27 mars 1911, M. Delcassé, Ministre de la Marine, a autorisé les Directeurs du Service de santé de son département à adresser directement leurs observations au Dr Doyen.

Nous venons de recevoir les observations suivantes de l'hôpital maritime de Sainte-Anne (Toulon) :

HOPITAL MARITIME DE SAINTE-ANNE A TOULON

PAVILLON II — CLINIQUE MÉDICALE

Service de M. le Médecin en Chef TRABAUD

Professeur de clinique

OBSERVATIONS DE MALADES TRAITÉS PAR LA MYCOLYSINE DU Dr DOYEN

Recueillies par M. le Médecin de première classe DARGEIN

Chef de clinique

Observation 1.

Broncho-pneumonie. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., soldat au 10e d'artillerie à pied, 21 ans, entré à l'hôpital Sainte-Anne, le 20 mars 1911, pour grippe.

Ce malade a présenté tout d'abord des signes de rhumatisme articulaire aigu localisés aux deux genoux, puis, à compter du 8 mars, il a fait de la broncho-pneumonie à droite, avec point de côté violent, dyspnée intense, cyanose; puis des phénomènes de péritonite avec ballonnement du ventre, qui était très douloureux à la pression; vomissements verdâtres, anurie ; éruption confluente d'érythème polymorphe.

En résumé, état très grave, considéré un instant comme désespéré

Aussi, depuis le 31 mars, on pratique chaque jour une injection de Mycolysine (10 centimètres cubes par jour) jusqu'au 8 avril inclus, puis, après interruption de deux jours, injection de 5 centimètres cubes, les 11, 12, 13 avril.

La température, qui jusqu'au 31 mars atteignait 40° le soir, est tombée progressivement au-dessous de 39° et le 10 avril elle était au-dessous de 37°. Les signes de congestion pulmonaire disparaissaient rapidement, les phénomènes du côté du péritoine s'amendaient encore plus vite, le malade était hors de danger dès la quatrième injection de Mycolysine.

Observation 2.

Congestion pulmonaire. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., soldat au 10° d'artillerie à pied, 24 ans, entré à l'hôpital Sainte-Anne le 27 mars 1911, pour congestion pulmonaire.

A l'entrée, on constate de l'abolition des vibrations du côté gauche, de la matité à la base, obscurité du murmure vésiculaire.

Râles de congestion sur la ligne axillaire.

27 mars. — Première injection de Mycolysine (5 centimètres cubes). — Température : matin, avant l'injection, 38°9; R. 20; soir, douze heures après, 38°5; R. 20; P. 116.

28 mars. — Deuxième injection de Mycolysine. — Température : matin, 38°; P. 96; soir, 38°3; P. 88.

29 mars. — Troisième injection de Mycolysine. — Température : matin, 38°1; P. 92; soir, 37°4; P. 80.

Depuis le 30 mars, chute complète de la température, amélioration des signes de congestion; le malade est convalescent et attend son départ en congé.

Observation 3.

Érysipèle de la face. — Médication phagogène. — Guérison.

N..., apprenti timonier, 16 ans 1/2, entré à l'hôpital Sainte-Anne le 16 mars 1911, pour grippe et naso-pharyngite.

Présente de l'érysipèle de la face droite avec température de 40°1.

Légères traces d'albumine dans les urines.

17 mars. — Première injection de Mycolysine (4 centimètres cubes). — Température : avant l'injection, 39°3; douze heures après, 36°6.

18 mars. — Deuxième injection de Mycolysine (4 centimètres cubes). — Température : avant l'injection, 38°2; après, 36°4.

19 mars. — Troisième injection de Mycolysine (4 centimètres cubes). — La température descend à 36°2 et reste à ces environs; en même temps, l'érysipèle de la face qui était étendu jusqu'à l'oreille droite, cesse le deuxième jour de s'étendre et pâlit progressivement.

Disparition de l'albumine.

Part en congé de convalescence quelques jours après.

Observation 4.

Grippe et amygdalite. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., soldat au 3° d'artillerie coloniale, entré à l'hôpital Sainte-Anne le 6 avril 1911, pour grippe.

Ce malade présente, outre des signes de grippe, une amygdalite aiguë plus marquée à gauche, avec température d'entrée 39°.

7 avril. — Température : matin, 38°3; soir, 38°2. On prescrit trois cuillerées à bouche de Mycolysine.

8 avril. — Température : matin, 36°8 ; soir, 37°2. Deux cuillerées à bouche de Mycolysine.

9 avril. — Température : matin, 36°6 : soir, 36°4. Deux cuillerées à bouche de Mycolysine.

Disparition de la rougeur de la gorge et des signes d'amygdalite. Sort pour reprendre son service. Il est à remarquer que de très faibles quantités de Mycolysine buvable ont suffi pour faire disparaître en moins de deux jours tous les signes de grippe et d'amygdalite.

Observation 5.

Méningite cérébro-spinale. — Médication phagogène. — Guérison.

N..., soldat au 4e colonial, 20 ans, entre à l'hôpital Sainte-Anne le 17 février 1911. Présente dès son entrée à l'hôpital des signes de méningite cérébro-spinale.

La contracture (en opistbotonos) n'ayant pas permis, les premiers jours de son séjour, une ponction lombaire, on injecte, le 18 février au soir, 5 centimètres cubes de Mycolysine.

18 février. — Température : matin, 38°5; soir, 39°2.

19 février. — Deuxième injection de Mycolysine (5 centimètres cubes). — Température : matin, 38°8; soir, 38°2.

La contracture ayant complètement cédé, on peut pratiquer une ponction lombaire et injecter du sérum antiméningococcique.

On ne peut plus continuer le traitement par la Mycolysine, ce médicament étant épuisé; mais l'effet considérable produit par une seule injection sur la contracture dorsolombaire indique suffisamment l'action énergique de la médication phagogène.

Observation 6.

Fièvre paludéenne et glossite. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., au 3e d'artillerie coloniale, 32 ans, entré à l'hôpital Sainte-Anne le 1er avril 1911, pour fièvre paludéenne et glossite.

Cet homme présente à son entrée une température très élevée : 40°, coïncidant avec une rate très volumineuse qui s'étend jusqu'à l'ombilic; elle est dure et sclérosée.

La fièvre cède à l'ingestion de chlorhydrate de quinine.

Le malade présente en outre de la glossite consécutive à une petite ulcération sublinguale et des points blanchâtres sur la luette et la face antérieure des deux piliers.

Pendant trois jours, il prend trois cuillerées à bouche de Mycolysine.

Les points blanchâtres disparaissent dès le premier jour et la langue reprend son volume normal.

Observation 7.

Embarras gastrique fébrile. — Médication phagogène. — Guérison.

N.., soldat au 4e colonial, 25 ans, entré à l'hôpital Sainte-Anne le 9 mars 1911 pour embarras gastrique fébrile.

Il a présenté, à son entrée, des signes d'embarras gastrique, avec langue saburrale,

ballonnement du ventre, gargouillement dans les fosses iliaques. selles diarrhéiques d'odeur fétide.

11 mars. — Température : matin, 37°6 ; soir, 39°2.

12 mars. — Température : matin, 38°3 : soir, 39°9.

13 mars. — Température : matin, 38°5 ; soir, 37°6. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde négatif.

14 mars. — Première injection de Mycolysine (5 centimètres cubes). Température : matin, 38°4 ; soir, 39°6.

15 mars. — Deuxième injection de Mycolysine. — Température : matin, 37°8 : soir, 38°1. La diarrhée a cessé, selles moulées.

16 mars. — Troisième injection de Mycolysine. — Température : matin, 37°8 ; soir, 38°3.

17 mars. — Température : matin, 36°8 ; soir, 37°3.

Les selles sont devenues moulées. A partir de ce jour la température baisse ; l'état général s'améliore, tout signe d'embarras gastrique disparaît. Il n'a fallu pour arriver à ce résultat que trois injections de Mycolysine.

Observation 8.

Fièvre de Malte. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., matelot vétéran, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 22 février 1911 pour grippe, est évacué sur l'hôpital Sainte-Anne le 22 mars.

Était malade depuis le 1er février. D'après la marche des symptômes, le diagnostic porté est celui de fièvre de Malte, qui a été confirmé par le séro-diagnostic.

Depuis son entrée jusqu'au 14 mars, il est traité par les antithermiques et les stimulants ; la température ondule et reste élevée ; le 14 mars, première injection de Mycolysine (2 centimètres cubes). Température : 38°3, le matin, 38°8, le soir.

15 mars. — Deuxième injection de 5 cc. — Température : 38°1, le matin, 37°9, le soir.

16 mars. — Troisième injection de 5 cc. — Température : 37°5, le matin, 37°4, le soir.

Jusqu'au *20 mars.* apyrexie. De ce jour la température remonte à 39°.

23 mars. — Injection de Mycolysine de 5 cc. Température : 38°5, le matin, 37°7, le soir.

24 mars. — Injection de 5 cc. Température : 37°2 le matin, 37° le soir.

A partir de ce jour la température reste normale. Part bientôt en congé.

Observation 9.

Pleuropneumonie à droite. — Empyème. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

N..., est atteint depuis quelques jours de douleur au-dessous du mamelon droit. Le 22 mars le température est à 40°. L'affection semble évoluer normalement. Mais le 5 avril, voyant la température persister entre 39° et 40°, le docteur Théron, médecin traitant, fait une ponction de la plèvre et ramène du pus, qui, examiné au microscope, contient des staphylocoques et des streptocoques en abondance.

Le 7 avril, empyème ; issue d'un litre de pus.

La fièvre continue, malgré l'évacuation du pus. Injection de sérum de Marmorek les 10 et 11 avril ; pas d'amélioration. Apparition d'un empâtement inflammatoire lymphangitique purulent dans toute la région lombaire droite jusqu'au grand trochanter ; faiblesse très grande, température toujours élevée entre 39° et 40°. Une issue fatale est à redouter.

Le docteur Trabaud conseille au médecin traitant les injections de Mycolysine du docteur Doyen. Une première de 10 centimètres cubes est faite le 12 avril. Le lendemain l'infection streptococcique paraît jugulée et un abcès bien délimité paraît à la région trochantérienne en même temps que la nappe purulente se limite également.

Deuxième injection de 10 cc. de Mycolysine le 13 avril. L'abcès trochantérien se résorbe.

Quatrième et cinquième injections les 14 et 15 avril, de 5 cc.; le 17 avril dernière injection, et quelques cuillerées à bouche de Mycolysine buvable.

Depuis le 13 avril la température est restée au-dessous de 39°. Les symptômes infectieux ont cédé: l'état général s'est très amélioré et on pouvait entrevoir la guérison.

A partir du 18 avril, la température ne dépasse pas 37°5 le soir. La suppuration lombaire a disparu, et, le 20 avril, la convalescence commence.

Dans ce cas, les injections de Mycolysine se sont comportées, à l'égard de cette streptococcie, à la façon du sérum de Roux à l'égard du bacille diphtérique.

Observation 10.

Congestion pulmonaire. — Médication phagogène. — Guérison.

N..., apprenti canonnier, 18 ans. Entré à l'hôpital le 17 mars 1911, atteint de congestion pulmonaire. A l'auscultation, râles humides disséminés dans les deux poumons, avec prédominance à la base droite. Température axillaire, 38°3.

Injection de Mycolysine de 5 centimètres cubes.

18 mars. — Température : 38°2 le matin; 39°5 le soir. Deuxième injection de Mycolysine de 5 centimètres cubes. Le soir les râles de congestion ont disparu.

19 mars. — État amélioré, température : 38°2 le matin, 38°8 le soir. Troisième injection de Mycolysine.

20 mars. — La température est normale, plus de râles dans la poitrine; le malade est convalescent.

Observation 11.

Angine pultacée aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.

N..., soldat à la 2e compagnie d'ouvriers. Entré à l'hôpital Sainte-Anne le 24 mars. Traité d'abord par les moyens usuels; le 1er avril, le malade souffre toujours beaucoup, ne peut rien avaler; toujours des enduits pultacés au fond de la gorge.

Température : matin, 39°1; soir, 40°6.

2 avril. — Dès le matin, on fait prendre au malade 4 cuillerées de Mycolysine buvable; température du soir 38°5, le malade se sent déjà mieux.

3 avril. — Les dépôts pultacés sont moins étendus. Mycolysine, quatre cuillerées à bouche. La température ne dépasse pas 37°4 pendant toute la journée.

4 avril. — Il n'y a plus d'exsudats, le malade avale sans douleur, la température est revenue à la normale; entré en convalescence.

Observation 12.

Diarrhée chronique de Cochinchine. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison.

M. N..., capitaine au 22e régiment d'infanterie coloniale. Entré à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 4 janvier 1911, pour dysenterie chronique, congestion du foie et symptôme

de polynévrite des membres du côté gauche. A des selles diarrhéiques variant de 2 à 10, liquides. couleur café au lait, renfermant parfois des mucosités sanglantes. Il fut traité par diverses médications (sulfate de soude à petites doses, peptone, pancréatine, bismuth), sans grande amélioration.

Évacué sur l'hôpital Sainte-Anne le 13 mars 1911.

L'examen des selles ayant fait constater la présence d'anneaux de tænia, un tænifuge est ordonné et fut suivi de l'expulsion d'un tænia dont la tête ne put être retrouvée.

Les selles diarrhéiques persistent (5 à 8 par jour) avec présence dans les mucosités d'amibes caractéristiques.

On commence la Mycolysine le 3 avril (4 cuillerées à bouche) : à partir du 5 avril, la dose est portée à 6 cuillerées à bouche par jour. Déjà le 4 avril les selles étaient devenues pâteuses et bien digérées; elles sont moulées dès le 7 avril. Depuis l'administration de la Mycolysine, plus de diarrhée, le malade commence à s'alimenter et digère très bien des purées, les œufs, les viandes blanches, qu'il n'avait pu supporter jusqu'ici. Toute trace de rectite a disparu. En même temps l'état général s'améliore; le malade, très fatigué, se meut plus librement dans son lit, on peut instituer un régime plus complet et plus substantiel.

Observation 13.

Angine et fièvre. — Médication phagogène. — Guérison.

N..., soldat au 3e d'artillerie coloniale Entré à l'hôpital Sainte-Anne le 2 avril 1911, pour angine et fièvre. Température d'entrée : 39°3.

Cet homme, malade depuis trois jours, présente sur les deux amygdales, qui sont augmentées de volume, un enduit diphtéroïde et des points pultacés blanchâtres. Le pharynx est très rouge.

L'examen bactériologique de cet exsudat n'a pas montré la présence du bacille de Loeffler. La culture exclut la diphtérie mais donne presque à l'état pur un microbe ne prenant pas le Gram.

Température : matin, 38°2 ; soir, 38°2.

Ingestion de 4 cuillerées à bouche de Mycolysine.

4 avril. — Ce matin le malade n'a plus de fièvre, il avale très facilement et demande à manger.

Température : matin, 37° ; soir, 37°3.

2 cuillerées à bouche de Mycolysine.

5 avril. — Température : matin, 37°9 ; soir, 36°5.

Tous les points blanchâtres et l'exsudat diphtéroïde ont complètement disparu. Le malade est convalescent.

Toulon, le 25 avril 1911

Le médecin en chef de 1re classe,
Dr Trabaud.

Vu et transmis à M. le médecin général du service de santé

Le médecin-chef de l'hôpital Sainte-Anne,
Dr Drago.

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

Dossier 19. — Observation n° 42.

Asthme. — Emphysème pulmonaire.

Mme F..., 50 ans, est soignée par le docteur Tagrine à l'Institut Doyen, 6, rue Piccini. pour de l'emphysème pulmonaire compliqué d'asthme. La malade souffre depuis trois ans. Elle présente une dyspnée perpétuelle extrême. Elle est complètement incapable de marcher. La nuit elle présente de l'insomnie et des crises asthmatiformes. Le visage est congestionné. On constate un certain degré de congestion hépatique. La malade a suivi une cure au Mont-Dore sans résultat. Il en a été de même d'une cure faite à Châtel-Guyon. A l'auscultation on constate la présence de râles de bronchite. La respiration est faible et humée. L'état général est précaire. Un catarrhe chronique des petites bronches a beaucoup fatigué la malade.

La médication phagogène est commencée fin décembre 1910. Deux fois par semaine le docteur Tagrine fait à sa malade une injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Le traitement est cessé le 15 mars 1911.

A cette époque on constatait une amélioration remarquable de l'état général et la disparition des symptômes locaux. Désormais la malade peut se reposer. Elle est très contente de ce traitement qui lui a permis de reprendre ses occupations.

Dossier 19.

Acné punctiforme du thorax chez une dyspeptique neuro-arthritique.

Mlle F..., 23 ans, Courbevoie, présente depuis l'âge de 13 ans de l'acné punctiforme du thorax. On constate de petites vésicules ou pustules disséminées entre les deux seins. Ces vésicules occasionnent un prurit insupportable. La malade présente des crises entéralgiques à répétition. On constate de la pâleur de la face et un état de dénutrition très accentué. La malade a perdu 3 kilos en 3 mois. L'examen des poumons ne révèle la présence d'aucun signe morbide.

La médication phagogène est commencée le 15 décembre 1910 par le docteur Tagrine qui fait à la malade deux injections sous-cutanées de Mycolysine injectable par semaine. Ce traitement est cessé au courant d'avril 1911. Après ce traitement on pouvait constater que les boutons d'acné avaient complètement disparu. Le tube digestif fonctionne normalement, la nutrition générale est bien meilleure. La malade a augmenté de poids d'une façon notable.

Dossier 31.

Eczéma médicamenteux chronique.

Docteur Émile Legrain, hôpital civil de Bougie.

Nous recevons du docteur Legrain de Bougie la lettre suivante.

« Dans un cas d'eczéma des mains, probablement dû aux manipulations des antiseptiques, les phénomènes inflammatoires rebelles étaient avivés par le contact de ces liquides, chez une sœur hospitalière. J'ai obtenu après l'absorption d'un seul flacon de Mycolysine une disparition à peu près complète de l'eczéma et de tous les phénomènes qui l'accompagnent. Depuis la guérison s'est maintenue durable.

« Je traite actuellement par la Mycolysine deux cas d'eczéma très rebelle généralisé

n'ayant jamais cédé aux différents traitements préconisés par les classiques. Dans les deux cas, j'ai obtenu au bout de quelques jours la cessation complète des phénomènes prurigineux et des phénomènes inflammatoires.

« On améliore très notablement et on guérit très souvent les eczémas rebelles par la Mycolysine. »

Dossier 31.

Furonculose rebelle.

M. S..., 78 ans, présente depuis 18 mois une poussée de furonculose du scrotum et du pubis. Plusieurs traitements ont été essayés en France et en Algérie sans résultat. Les furoncles sont toujours revenus localisés surtout sur une région cutanée en contact avec la pelote d'un bandage herniaire. La guérison a été complète après l'absorption buccale de 6 flacons de Mycolysine.

Dossier 31.

Gangrène des extrémités. — Phénomènes infectieux.

Le docteur Legrain nous communique l'observation suivante :

« Dans un cas de gangrène des extrémités accompagné de phénomènes inflammatoires, rougeur érysipélateuse, lymphangite, j'ai injecté une ampoule de 10 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Le lendemain les rougeurs disparaissaient déjà ainsi que la douleur. »

Dossier 31.

Hypopion.

Madame X..., 45 ans, présente un hypopion de l'œil droit datant de 4 jours. On constate à la palpation des douleurs intenses. La malade présente des insomnies perpétuelles, car elle éprouve de violentes névralgies. Dès le lendemain le docteur Legrain prescrit 10 cc. de Mycolysine injectable. Le surlendemain on constatait une diminution des signes locaux. Le médecin traitant nous écrit :

« Par cette méthode on peut affirmer que l'hypopion guérit sans opération chirurgicale. La malade est sortie de l'hôpital considérablement améliorée. »

Dossier 19.

Pneumonie caséeuse.

M. J..., 49 ans, présente tous les signes d'une pneumonie caséeuse. A l'auscultation on entend en arrière et à gauche aux deux sommets du poumon de petits craquements diffus. Le malade a passé deux hivers à Nice sans résultat. Il a été traité au début de sa maladie par le professeur Renaud de Lyon.

La médication phagogène est commencée fin avril 1910. Le docteur Tagrine fait à son malade deux fois par semaine une injection sous-cutanée de Mycolysine injectable. Depuis le malade ingère de la Mycolysine buvable de temps à autre. Septembre 1910, le traitement est cessé, car le malade a repris ses forces. Il ne présente plus de dyspnée pour monter les étages. L'aspect général est excellent. Le malade a augmenté de poids et il a repris ses forces (huissier au Ministère de l'Instruction Publique). L'expectoration a presque complètement disparu. La toux a cessé.

Dossier 19. — Observation n° 9.

Entérite spasmodique chez un arthritique obèse.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

H..., 41 ans, photographe, souffre depuis 2 ou 3 mois de troubles gastro-intestinaux. Le malade digère difficilement les aliments.

Il présente des crises douloureuses de colite avec constipation et on constate un état syncopal. Le malade éprouve des vertiges gastriques. Le facies est tiré, et livide. Entre les crises on constate un état général satisfaisant, mais on note une tendance à la congestion de la face et à la lourdeur de la tête. On constate un certain degré de polysarcie et de myocardite graisseuse.

La médication phagogène est commencée en août 1910. Le malade reçoit par semaine une injection sous-cutanée de Mycolysine injectable et une injection de Leucolase. Le traitement est terminé fin janvier 1911. Sous l'influence du traitement il s'est produit une diminution dans la fréquence des crises entéralgiques. Les selles sont devenues normales. L'état général est devenu meilleur. On a pu constater une diminution notable de l'adipose. Le malade se sent plus vif, plus alerte et plus énergique. Il a pu reprendre son travail.

Dossier 19. — Observation n° 16.

Anemie-Dyspepsie nervo-motrice. — Guérison.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

F..., 22 ans, présente depuis un an des maux de tête fréquents et une lassitude générale. Depuis quelques mois la malade maigrit, présente de l'inappétence. Le visage est très pâle. La malade souffre d'une gastralgie intense et la palpation de l'abdomen est douloureuse dans la région épigastrique. Rien à signaler dans les organes principaux.

Le docteur Tagrine fait à la malade une injection de Leucolase le mardi, et le vendredi une injection de 5 centimètres cubes de Mycolysine injectable.

La médication est terminée le 31 janvier 1911.

Après 13 injections la malade reprend ses occupations, les maux de tête ont complètement disparu, les forces sont revenues. Le teint est bien meilleur. On constate une amélioration très nette. La malade en 6 semaines a augmenté de deux livres.

Dossier 19. — Observation n° 17.

Ostéomyélite du tibia droit. — Médication phagogène. — Guérison.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

F..., 37 ans, présente depuis une vingtaine d'années une ostéomyélite du tibia droit. Une opération a lieu en décembre 1892. Une suppuration persistante s'est produite et a nécessité une seconde intervention en décembre 1910. Il s'est produit au niveau de l'orifice fistuleux une zone érythémateuse et douloureuse au voisinage du foyer de suppuration.

La médication phagogène est commencée le 5 janvier 1911. Le docteur Tagrine fait à sa malade le mardi une injection de Leucolase et le vendredi une injection de 5 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Après trois mois de ce traitement la malade se trouve transformée, la plaie est presque cicatrisée, il ne reste plus aucun point qui suppure. La guérison définitive paraît assurée.

Dossier 19. — Observation n° 19.

Acné varioliforme du thorax chez une neuro-arthritique.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

F..., 23 ans, Courbevoie, présente, depuis l'âge de 16 ans, une éruption d'acné à petites pustules couvrant le thorax. On constate avant le traitement que la peau du thorax est très onctueuse au toucher. Elle présente un semis de petites vésicules ou pustules entre les deux seins. La malade accuse des crises entéralgiques à répétition et un facies d'une pâleur accentuée. Elle n'a pas d'appétit et a maigri de 8 kilos en trois mois. L'état général est médiocre. En résumé, on se trouve en présence d'une malade présentant des troubles digestifs et cutanés qui ont été rebelles à toute médication.

La médication phagogène est commencée le 15 décembre 1910. Le docteur Tagrine fait à sa malade une injection de 5 centimètres cubes de Leucolase et le vendredi une injection de 5 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Le traitement est cessé, fin avril 1911. L'acné a disparu complètement et il reste à peine quelques petits lobules fibreux. Quelques-uns d'entre eux sont en voie de résolution. Il est important de signaler qu'en même temps que les troubles cutanés s'amendaient, il se produisait un fonctionnement meilleur du tube digestif. L'appétit est revenu. Le facies s'est coloré, la malade est dans un état de nutrition bien meilleur.

Dossier 19. — Observation n° 42.

Asthme et emphysème pulmonaire.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

F..., 50 ans, souffre depuis 3 ans, d'un état dyspnéique perpétuel. La malade ne peut aller et venir. Elle éprouve la nuit des insomnies pénibles et des crises d'asthme. On constate des sueurs nocturnes. La malade présente de la congestion de la face et du foie.

Une saison au Mont-Dore et à Châtel-Guyon ont été sans résultat. A l'auscultation on entend des râles gros et fins. La respiration est très humée. La malade est dans un état général précaire et se trouve très déprimée.

La médication phagogène est commencée en décembre 1910. Le docteur Tagrine fait à la malade une injection sous-cutanée, le mardi de 5 centimètres cubes de Leucolase et le vendredi de 2 centimètres cubes de liquide phagogène. Ce traitement est terminé le 15 mars 1911. On pouvait constater à ce moment une amélioration de l'état général et de l'état local, le retour du sommeil. La malade est très satisfaite de ce traitement, car désormais la dyspnée a cessé complètement.

Dossier 39.

Adénite chronique cervicale. — Médication phagogène. — Guérison.

Docteur Bonnefoy, médecin principal de la marine, 21, place du Château, Brest.

L'affection a débuté le 9 mars 1911. M. P..., 15 ans, mousse à bord de la « Bretagne », rade de Brest, se présente à la visite le 9 mars 1911. On constate la présence d'un ganglion cervical volumineux et douloureux, en avant du sterno-mastoïdien à gauche. Ce ganglion a la grosseur d'une noix. L'adénite cervicale disparaît quelques jours après, mais le 23 mars, une recrudescence inflammatoire se produit. Ce ganglion s'est hypertrophié. Il a les dimensions d'un œuf de poule. Il est très douloureux à la palpation. L'état général n'est pas mauvais et on constate cependant une légère élévation de la température.

La médication phagogène est commencée le 9 mars. Du 9 au 13 mars le malade prend 4 fois par jour 4 cuillères à soupe de Mycolysine buvable. Du 23 au 27 mars le docteur Bonnefoy fait à son malade 5 injections quotidiennes de Mycolysine injectable de 5 centimètres cubes.

A chaque période du traitement, l'adénite a rapidement diminué de volume. Dès le deuxième jour, la douleur disparaissait et on constatait un début de résorption. Actuellement le ganglion cervical n'a plus que le volume d'une noisette et il reste complètement indolore.

Dossier 39.

Mastite aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.

Docteur Bonnefoy, médecin principal de la marine, 21, pl. du Château, Brest.

Madame X..., 20 ans, accouche le 1er février. La température monte à 38°9, trois jours après. Le 16 se produisent quelques lochies fétides sans élévation de température. Le 27, la température monte à 40°2. On constate un empâtement douloureux de la grandeur d'une pièce de 5 francs au niveau du sein gauche en dehors du mamelon.

La médication phagogène est commencée le 28 février 1911.

La malade prend 8 cuillerées à bouche de Mycolysine buvable pendant 8 jours. Le traitement cesse le 6 mars. La température était tombée dès le lendemain du début de la médication phagogène. Dès lors elle s'est maintenue toujours en dessous de 37° et l'empâtement du sein n'a pas tardé à se résorber. A aucun moment l'examen microscopique n'a révélé la présence de globules de pus.

Dossier 39.

Phlegmon diffus du cuir chevelu. — Médication phagogène. — Guérison.

Docteur Bonnefoy, médecin principal de la marine, 21, pl. du Château, Brest.

M. F..., 15 ans, mousse à bord du navire-école « La Bretagne », se présente le 28 mars à la visite médicale du docteur Bonnefoy. On constate une plaie du cuir chevelu en fer à cheval de la région pariétale gauche. L'épicrâne est dénudé sur une surface de 20 centimètres carrés environ. Après avoir antiseptisé la plaie, le docteur Bonnefoy met quelques points de suture au crin de Florence. Les jours suivants on ne constate aucune complication. Le 3 avril, le pansement est enlevé. Les crins de Florence sont enlevés. On constate un œdème léger du cuir chevelu. Le malade présente de la température et un état gastrique. Le 4 avril, l'œdème envahit toute la tête et s'étend sur la face et sur le cou. Le cuir chevelu rasé apparaît rouge, tendu, œdématié. On décolle la partie antérieure de la ligne cicatricielle : il s'écoule un flot de pus phlegmoneux.

La médication phagogène est commencée le même jour (4 avril 1911). Le malade reçoit 7 injections de Mycolysine du 4 au 10 avril. Il prend, 4 fois par jour, 4 cuillerées à bouche de Mycolysine buvable. Le soir même l'œdème du cuir chevelu et de la face a notablement diminué; le pansement n'est presque pas souillé. Le 7, le drain est enlevé. La suppuration a cessé, le 10, on constate une disparition complète de l'œdème. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Dès la deuxième injection de Mycolysine injectable, il n'y avait plus de suppuration. La réparation s'est faite très rapidement.

Dossier.

Névrite scléreuse du trijumeau — Médication phagogène. — Guérison.

M. X..., député, âgé de 47 ans, présente depuis trois ans une névrite très douloureuse dans la sphère du nerf trijumeau droit. Les douleurs ont été particulièrement en

progressant depuis un mois. Le malade présente des insomnies pénibles. Il ne peut travailler et se tient la tête appuyée dans les mains pour essayer de calmer un peu ses contractions douloureuses de la face En résumé, il est facile de se rendre compte que l'on est en présence d'une névrite scléreuse du trijumeau à marche progressive. Le malade n'a jamais voulu se soumettre à aucune intervention chirurgicale. Sur les conseils du docteur Meslier, le malade prend de la Mycolysine à la dose de 4 cuillères à soupe 4 fois par jour. Après l'absorption de 5 à 6 flacons, la douleur tendait à disparaître. Peu à peu, elle s'atténuait à un point tel que le malade se considère actuellement comme complètement guéri.

Thrombus du vagin. — Délivrance artificielle pour rétention placentaire par inertie utérine chez une primipare albuminurique. — Infection. — Traitement par la Mycolysine. — Guérison au 17e jour.

Docteur Fernand Guilloteau, d'Alfort.

Madame B..., 22 ans, primipare, accouche le 18 avril 1911 d'un enfant vivant (mort le lendemain par débilité congénitale) à la fin du huitième mois de gestation. L'expulsion est rapide et ne nécessite aucune manœuvre. Le travail a été normal (O. I. G. A.). La sage-femme, madame C..., qui est fort intelligente et très habile, ne remarque rien de spécial jusqu'au moment où elle veut procéder à l'extraction du placenta. Elle s'aperçoit alors que le vagin est presque complètement obstrué par une tumeur volumineuse, très élastique, et qui occupe toute la paroi latérale droite du vagin. L'utérus est inerte et des tractions prudentes du cordon combinées avec l'expression manuelle ne produisent aucun effet. C'est alors qu'elle m'envoie chercher pour pratiquer la délivrance artificielle.

Dès mon arrivée, je vérifie l'exactitude du diagnostic, et après la toilette des mains (Savon. Eau bouillie chaude et brosse. Sublimé. Eau de Javel. Eau bouillie chaude. Alcool) je procède sans autre difficulté que celle, considérable, de l'introduction de l'avant-bras par le canal vaginal rétréci, à l'extraction du placenta et des membranes que j'ai le bonheur de retirer complets et en un seul bloc.

Immédiatement après, il y a expulsion d'un volumineux caillot, mais un examen minutieux au spéculum ne me permet pas de constater la moindre solution de continuité sur la paroi du thrombus. Celui-ci n'augmente pas de volume, l'accouchée n'accuse ni bourdonnements d'oreilles ni vertiges, le pouls à 96 est bien frappé, et je me contente d'une injection intra-utérine au sublimé à 25/1000 et d'un pansement vaginal à la gaze stérilisée et à la glycérine iodo-iodurée Ce pansement est renouvelé matin et soir à l'occasion de la toilette vulvo-vaginale de l'accouchée. Et les suites utérines seront d'ailleurs simples, évoluant indépendamment du thrombus qui, lui, va donner lieu à des complications infectieuses graves.

C'est au soir du quatrième jour que la température me donne les premières inquiétudes. Comme les lochies sont normales, j'explore soigneusement le thrombus. Je ne constate rien que de la crépitation sanguine, mais je provoque une douleur très vive. L'incision est décidée pour le lendemain matin.

En conséquence, je vais y procéder le 22 à 9 heures, lorsque, au moment où j'introduis une valve, le thrombus crève spontanément à sa partie antérieure et sur une longueur de plus de 4 centimètres. Une grande quantité de caillots s'en échappent avec une odeur épouvantable. Je vide rapidement la cavité que j'explore avec un petit spéculum, et qui est longue d'une douzaine de centimètres sur un diamètre de plus de trois. La paroi est épaisse. Intérieurement, elle est revêtue de placards de sphacèle et de caillots adhérents. En conséquence, je curette rapidement, je fais un lavage à l'eau oxygénée et je tamponne avec une mèche de gaze iodoformée qui assure un drainage suffisant.

Le lendemain, malgré l'amélioration locale très nette (et qui va continuer régulièrement vers la cicatrisation qui sera parfaite le 2 mai), la fièvre monte et l'état général est mauvais avec délire, frissons, maux de tête, augmentation de l'albuminurie. Je prescris, selon mon habitude, du collargol et de la cryogénine, mais cependant sans résultat. Le

26, un examen prolongé des organes génitaux ne me révèle rien d'inquiétant à ce niveau et je ne vois rien à faire de chirurgical qui puisse être utile contre l'infection. C'est alors que je donne de la Mycolysine buvable, à raison d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Aussitôt, la température tombe de 39°2 à 37°2 pour se relever il est vrai le lendemain, mais aussi pour décroître définitivement dans la suite avec un plateau de 4 jours qui prouve, à mon avis, la résistance de l'infection que tout auparavant laissait prévoir très grave.

Les urines qui étaient rares sont devenues abondantes dès l'emploi de la Mycolysine. Celle-ci ne semble pas, par contre, avoir eu d'action sur l'albuminurie, qui persiste à l'état de traces, et dont il faut probablement expliquer la ténacité par une scarlatine antérieure (l'examen microscopique n'a pas encore été fait).

Dossier 19. — Observation n° 14.

Adénome du sein gauche. — Médication phagogène. — Guérison.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

H..., 46 ans, s'aperçoit en avril 1910 qu'il existe une petite grosseur au-dessus du mamelon gauche, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. La tumeur est mobile sans adhérence, sans adénopathie, elle est un peu douloureuse à la palpation. D'après le médecin traitant, l'opération est urgente.

La médication anti-néoplasique de Doyen est commencée le 27 mai 1910. Deux fois par semaine le malade reçoit une injection sous-cutanée du sérum de Doyen. Le traitement est terminé en novembre 1910. On a constaté au cours du traitement le morcellement progressif et la disparition complète de la néoplasie.

Rapport du Dr A. Morand sur l'action de la médication phagogène de Doyen.

Nous recevons du docteur A. Morand, de Hermance (Suisse), la lettre suivante :

En vous retournant la feuille d'observation de mon malade, je tiens à vous exprimer les bons effets que j'ai obtenus en appliquant la méthode phagogène sur cette enfant.

J'ai eu l'occasion de me servir de Mycolysine injectable à 4 reprises. Les résultats ont été chaque fois surprenants. Voici en quelques mots l'historique de mes interventions :

1° Pneumonie grippale chez un enfant :

L'enfant X..., âgé de 6 ans, présente subitement des troubles dyspnéiques et à trois heures du matin on constate du délire et de la fièvre. Le malade à 41°3. On note de la torpeur. On fait au malade une injection de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. L'enfant prend quatre fois par jour quatre cuillerées à soupe de Mycolysine buvable.

Le soir même la température était de 38°. Le lendemain on notait 36°8. Dès lors, la guérison était rapide.

Ostéo-Myélite du maxillaire supérieur. — Médication phagogène.

Docteur B. V.

M. X..., âgé de 45 ans, présente subitement une forte élévation de température et il accuse un point excessivement douloureux au niveau du corps du maxillaire inférieur droit. L'on constate, dans la région sous-angulo-maxillaire, un empâtement diffus et douloureux à la palpation. On constate également un certain degré de trismus.

La médication phagogène est instituée. Le malade prend quatre fois par jour quatre cuillers à bouche de Mycolysine buvable.

Le soir même les symptômes douloureux étaient atténués.

Le lendemain, l'empâtement s'atténuait et un point fluctuant apparaissait. Une incision de 2 centimètres pratiquée à ce point permit l'issue d'une certaine quantité de pus.

Il fut facile de cureter le point osseux malade.

La guérison est alors survenue rapidement.

Phlegmon diffus du membre supérieur gauche. — Médication phagogène. — Guérison.

Docteur B. V., Mexico.

M. X..., âgé de 68 ans, ingénieur, se blesse en descendant dans un trou de mine d'argent appartenant à une Société industrielle à Mexico.

Il présente, au moment de l'accident, une plaie anfractueuse, au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras droit. La plaie est traitée par les antiseptiques habituels. Deux jours après, le malade présente subitement une forte élévation de température qui l'oblige à garder le lit. L'état général paraît profondément intoxiqué. L'on constate un œdème phlegmoneux très intense au voisinage de la plaie. Tout le membre supérieur gauche est œdématié. L'on constate la présence de ganglions douloureux dans le creux axillaire.

M. X. est très surmené par des occupations multiples et l'intensité de l'affection fait craindre un dénouement fatal.

Pendant trois jours, la température reste très élevée et l'on constate un état d'intoxication générale très intense. Le médecin traitant a essayé en vain la thérapeutique usuelle, anti-thermique, médication reconstituante.

Comme l'état s'aggrave, le docteur B. V. est consulté, il prescrit la Mycolysine buvable, à la dose de quatre cuillers à bouche, cette dose étant répétée quatre fois par 24 heures. Le soir même, une amélioration considérable se manifestait, la douleur locale s'atténuait et le malade accusait un bien-être très accentué. Le lendemain, l'œdème phlegmoneux du bras diminuait dans des proportions notables, une suppuration abondante se produisait au niveau de la plaie de l'avant-bras. La température était moins élevée.

Deux jours après, le malade ne présentait plus de fièvre. L'infection générale semblait complètement abolie, la suppuration de l'avant-bras diminuait d'intensité. Tout danger était écarté.

La guérison était complète quatre jours après, sauf au niveau de l'avant-bras où la plaie suppura pendant une quinzaine de jours.

Méningite cérébro-spinale. — Médication phagogène. — Guérison.

Docteur Mettler, Rorscbach, Suisse.

L'enfant E..., âgée de 5 ans, est atteinte le 25 avril 1911 d'accidents infectieux avec diarrhée, céphalée frontale, intense et persistante. On constate de la contracture douloureuse des muscles de la région de la nuque.

On constate des vomissements, de la photophobie et un état de torpeur cérébrale très accentuée. La malade présente le signe de Kernig et tous les symptômes d'une méningite grave en voie d'évolution. La température était de 39° le matin, quand le médecin est appelé auprès de la malade. Pour des raisons extra-médicales, la ponction lombaire ne peut être pratiquée.

Le docteur Mettler a eu l'occasion de soigner dans sa clientèle des maladies analogues et il a remarqué qu'aucune médication ne lui avait jamais donné de résultat intéressant.

Il institue la médication phagogène du docteur Doyen. L'enfant prend toutes les deux heures et demie une grande cuillère à soupe de solution buvable. Le lendemain, la température oscillait encore entre 40° et 41°, mais au grand étonnement du médecin traitant, on constatait déjà que les symptômes d'irritation cérébrale et médullaire s'atténuaient d'une façon considérable. La céphalée frontale persiste encore.

La médication phagogène est continuée. Le troisième jour, la température tombait à 37°6, la céphalée, qui jusqu'alors était très pénible, disparaissait complètement. La contracture douloureuse de la nuque est considérablement atténuée et l'enfant n'est plus sujette à une toux violente qui la fatiguait énormément.

L'enfant se sent bien mieux et commence à manger. Elle cause avec sa sœur. Le quatrième jour, la température était de 36°3; dès lors, elle est restée toujours normale, et à ce moment, le médecin traitant considère l'enfant comme complètement guérie.

Le médecin traitant nous écrit ;

« Le succès éclatant que m'a donné la Mycolysine m'a décidé à m'en servir dans tous les cas d'infection. »

TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

Dossier 430.

Tuberculose pulmonaire au 1er degré. — Médication anti-tuberculeuse de Doyen. — Amélioration.

Médecin traitant : Docteur Pouchet, Grignols, Gironde.

H..., 34 ans, ancien sous-officier réformé, présente des lésions de tuberculose pulmonaire depuis le 24 juin 1919. Le docteur Fouchet examine le malade au début du mois de mars 1911. Il constate des signes de congestion dans le poumon droit. Le malade vient d'avoir une poussée de broncho-pneumonie qui est en voie de guérison. On entend des râles humides très généralisés à droite. Il est facile de percevoir des craquements au sommet. Le poumon est en voie de ramollissement. Il n'y a pas de caverne. Il se produit

une poussée de néphrite. On constate que les urines sont très rares. Cependant l'examen ne révèle pas la présence d'albumine ou du sucre.

Depuis trois jours il se produit une aggravation sensible de l'état général.

La médication anti-tuberculeuse de Doyen est commencée le 13 mars 1911. Après 12 injections sous-cutanées on constate une amélioration sensible de l'état général. L'appétit est excellent. On constate une augmentation de poids. La toux a fortement diminué. Les crachats sont devenus très rares. Il est facile de constater qu'il n'existe plus de signes de congestion pulmonaire. On entend encore quelques râles sibilants à la partie postérieure du poumon droit. En 5 semaines le malade a augmenté de 16 livres.

Dossier 432.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication antituberculeuse de Doyen. — Amélioration.

Docteur Gourand, Mohon, Ardennes.

H..., 30 ans, mécanicien, est malade depuis juillet 1910. Depuis cette époque le malade a maigri progressivement. Il présente des sueurs nocturnes. On constate une expectoration muco-purulente très abondante. A l'auscultation on perçoit un souffle amphorique, à droite, avec des râles sous-crépitants. A gauche on perçoit une inspiration rude. En arrière on entend des frottements pleuraux aux deux bases. L'état général est médiocre. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch. Le malade souffre d'une laryngite. A l'examen direct on constate une petite ulcération sur la corde vocale droite.

La médication anti-tuberculeuse de Doyen est commencée le 17 janvier 1911. Après 24 injections on constate que l'expectoration diminue. Elle est devenue surtout muqueuse. La toux est moins fréquente. Les sueurs ont disparu. L'appétit est excellent. Le malade peut travailler sans fatigue. A l'auscultation on constate la disparition des râles. Il se produit une persistance du souffle à droite. Le malade en 10 semaines a augmenté de 3 livres.

Dossier 26. — Observation 1.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré.

Docteur Katzenellenbogen, assistant à l'annexe n° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand (XVIe).

Mme X..., 55 ans, a présenté il y a 10 ans une congestion pulmonaire grave. Depuis elle ne s'est jamais complètement remise. Elle tousse et présente des sueurs nocturnes. Depuis cette époque, elle présente une douleur laryngée très pénible. On note dans les antécédents de la famille qu'un frère et deux sœurs sont morts de la poitrine.

Le docteur Katzenellenbogen constate le 24 décembre 1910 une matité indiscutable au niveau du sommet droit. L'expiration est prolongée. On entend quelques râles humides à la base droite. L'état général est médiocre.

Le traitement anti-tuberculeux est commencé le 24 décembre 1910. La malade reçoit par semaine une injection sous-cutanée de Phymalose injectable. Un mois après, on constate que les sueurs nocturnes avaient beaucoup diminué et que les troubles laryngés étaient en voie de disparition. Le 10 mai, le traitement de Doyen est terminé. A ce moment le médecin traitant nous apprend que localement on peut constater une amélioration considérable. L'état général est devenu excellent et la malade, qui pesait 61 kilos avant le traitement, pesait 66 kilos 100 grammes le 10 mai 1911.

Dossier 437. — Observation 2.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré.

Docteur Katzenellenbogen, assistant à l'Annexe n° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand (XVIe).

M. G..., (n° 393) présente des lésions de tuberculose pulmonaire au 2e degré. On entend au sommet des craquements et on constate à la base droite et gauche des craquements secs. Le malade pèse 62 kilos, présente une transpiration abondante. L'expectoration est très fréquente. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch.

Le traitement est commencé le 11 janvier 1911 et cesse le 29 avril 1911.

Dès la troisième piqûre il s'est produit une amélioration de l'état général, les sueurs nocturnes diminuent. A ce moment le docteur Katzenellenbogen nous apprend qu'il ne peut plus trouver aucun signe morbide à l'auscultation.

L'amélioration de l'état général est considérable. Le malade a augmenté de 9 livres en 4 mois.

Dossier 437. — Observation 3.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré.

Docteur Katzenellenbogen, assistant à l'annexe n° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand (XVIe).

M. X..., 28 ans, à la suite d'une congestion pulmonaire survenue il y a 5 mois, a été pris d'une infection tuberculeuse pulmonaire très intense. Il s'est produit une expectoration considérable. Le malade a perdu 10 kilos en 4 mois. Il présente de la fièvre le soir, et il a été réformé au service militaire pour vices de constitution.

Le docteur Katzenellenbogen commence le traitement anti-tuberculeux le 28 décembre 1910. Il constate au sommet gauche de la submatité, quelques râles humides, la respiration est soufflante, l'état général est médiocre. De plus le malade accuse une laryngite très pénible.

Avant le traitement le malade pesait 49 kilos. La médication phagogène est terminée le 1er février 1911. Le malade à cette époque se sent beaucoup mieux. Localement on constate une amélioration considérable des signes locaux, et la fièvre nocturne a disparu. De plus, le malade accuse une augmentation de poids de plus de 10 livres.

Dossier 1.

Tuberculose pulmonaire aux 1er et 2e degrés.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

M. G..., 37 ans, rue Réaumur, présente depuis 1888 des signes de pleuro-pneumonie tuberculeuse. Dans les antécédents du malade on relève qu'il a présenté une résection costale (1908) faite par Gosset, un abcès survenu en 1910 du même côté du thorax, mais bien plus bas : ponction simple, octobre 1910. Il se produit à ce moment une augmentation des symptômes pulmonaires, la toux devient fréquente, les crachats sont abondants. On peut caractériser la présence de bacilles de Koch. L'état général est très mauvais. L'examen de l'état local permet de constater que le poumon gauche est atteint de lésions tuberculeuses au premier degré et la dernière en juin 1910.

Deux fois par semaine le docteur Tagrine fait à son malade une injection sous-cutanée de 2 cc. de Phymalose injectable. Ce traitement est cessé fin avril 1911.

Grâce à ce traitement le docteur Tagrine nous écrit : « J'ai constaté une grande

amélioration locale et générale sous l'influence du traitement par la méthode de Doyen. Il persiste encore un très petit trajet fistuleux mais les signes pulmonaires ont presque disparu et l'état général est devenu excellent. Le malade a pu reprendre ses occupations. Il a augmenté en 8 mois de 14 livres.

Dossier 291.

Tuberculose pulmonaire au 1er degré des deux sommets.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

M. G..., 33 ans, professeur de l'enseignement primaire, présente, depuis mai 1909, tous les signes d'une infiltration tuberculeuse du poumon. Il présente une expectoration très abondante et il accuse une faiblesse extrême. Le malade a considérablement maigri et il pesait avant le traitement 48 kilos. Il présente des sueurs nocturnes et une certaine élévation de la température. Il ne peut se tenir sur ses jambes tant il se sent déprimé. On constate aux deux sommets une rudesse respiratoire et un souffle intense. Le malade arrive du Tonkin où il a présenté des accidents de paludisme.

La médication est commencée le 3 octobre 1909. Le docteur Tagrine fait à son malade deux fois par semaine deux injections de 2 cc. de Phymalose injectable et le traitement est terminé en mai 1911. A ce moment l'état général est considérablement amélioré. Les forces sont revenues. Le malade a repris de l'embonpoint. L'expectoration a cessé. La respiration est devenue normale. Il reste encore un certain degré de faiblesse, mais l'état général est bon. Le malade a augmenté en 6 mois de 7 livres.

Dossier 291.

Tuberculose pulmonaire.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini.

M. D..., 32 ans, secrétaire dans un des musées de l'État, présente au sommet droit et au sommet gauche des signes d'infiltration tuberculeuse. L'affection a dû débuter il y a 2 ans. Peu à peu le malade a présenté un certain état de faiblesse générale, une anorexie extrême. Il accuse des vertiges. On constate de la pâleur de la face qui est cireuse, et une diminution de la force musculaire. Le malade est complètement incapable de travailler. A l'auscultation on constate une obscurité respiratoire dans les deux sommets, une augmentation des vibrations thoraciques et de la bronchophonie. L'état général est très déprimé. La médication phagogène est commencée le 22 décembre 1910. Le malade reçoit par semaine deux injections sous-cutanées de Phymalose injectable. Les doses sont fort bien tolérées. Ce traitement est cessé le 10 mai 1911. Après ce traitement on constate une amélioration considérable de l'état général et des lésions locales. Il s'était produit une augmentation de la capacité respiratoire. Tous les symptômes d'infiltration au sommet avaient disparu. Les forces étaient revenues ainsi que l'appétit et le malade pouvait reprendre ses occupations. Du 22 septembre 1910 au 10 mai 1911 le malade a augmenté de 4 livres.

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE

COMPAGNIE GÉNÉRALE DES OMNIBUS — DÉPÔT DE JEMMAPES

Kélotomie et entérotomie. — Application de la méthode phagogène. — Guérison.

Le 14 avril 1911, à 6 heures et demie du soir, nous sommes appelés au dépôt de la Villette, pour donner nos soins à un cheval à coliques violentes. Nous trouvons un cheval entier, de race percheronne, sous poil noir, taille de 1m70, âgé de 6 ans, matricule 25.618, qui présente les signes caractéristiques d'une hernie inguinale aiguë, étranglée, à gauche; l'animal ayant été soumis sans succès, dès le début de l'accident, au traitement indiqué en pareil cas (hydrothérapie, taxis, etc.), il y a urgence à pratiquer l'opération.

Le sujet est couché sur le côté droit : on n'a pas recours à l'anesthésie pour des raisons d'ordre pratique; la région désinfectée, les instruments flambés, nous nous mettons autant que possible dans de bonnes conditions d'asepsie et même, suivant notre habitude, nous refusons toute aide des maréchaux et des palefreniers, dont les mains malpropres pourraient souiller la plaie : c'est à cet excès de précaution que doit être attribué un accident grave qui eût pu compromettre la réussite de l'opération : en effet, dès le premier temps, après l'introduction de la sonde cannelée sous la gaine, nous perdons de vue la région pour saisir dans la coupe en verre le bistouri droit; une vive réaction du patient provoque la pénétration de la sonde dans l'anse ectopiée, laquelle se trouve du même coup débridée sur une longueur de trois à quatre centimètres. Cette complication grave, imprévue, très rare, compromet dans une grande mesure le succès de l'opération; hâtivement on se procure une soie plus ou moins propre, une aiguille flambée et on pose cinq points de suture séro-séreuse selon la technique de Lembert; puis nous pratiquons la kélotomie et rentrons l'intestin grêle dans la cavité abdominale; après une torsion de la gaine, un casseau est posé aussi haut que possible. Le cheval est relevé. Nous ordonnons la diète absolue et une surveillance attentive jusqu'à notre visite du lendemain.

15 avril, à 8 heures du matin, température : 39°4, pulsations : 70, respirations : 9. Ayant fait diligence pour nous procurer de la panphagine, nous injectons en une seule fois au malade 120 grammes du liquide colloïdal; le soir, la température est de 39°6. Régime blanc (suppression de tout aliment solide, barbotage de farine d'orge seul autorisé).

16 avril, 8 heures matin : 39°4, pulsations : 68, respirations : 12. Les muqueuses sont légèrement ocreuses, cependant la paroi abdominale est insensible à la pression. Continuant la thérapeutique phagogène, nous injectons encore 120 grammes de panphagine. Le soir, 38°8.

17 avril, le matin : 39°3, pulsations : 56, respirations : 10. Le testicule droit, comprimé par la branche interne du casseau, s'engorge, mais aucune intervention n'est possible, la castration étant trop récente pour que l'on puisse supprimer cette cause de gêne.

18 avril, matin, 39°8, pulsations : 64, respirations : 8. Une dernière dose de 100 grammes de panphagine est introduite sous la peau.

Par la suite, l'engorgement testiculaire prend des proportions inquiétantes, aussi le casseau est-il retiré prématurément, ce qui nous permet de donner de meilleurs soins à la plaie opératoire; malheureusement la congestion passive a provoqué la formation d'un volumineux hématocèle qui semble devoir retarder la réussite de la kélotomie. Enfin, le *24 avril,* la température baisse (39°6), diminue encore le lendemain (38°8), devient normale le 26 (38°3), puis se maintient régulièrement à 38 jusqu'au 30 avril, date à laquelle l'animal est considéré comme guéri. Les respirations sont au nombre de 10 et les pulsations de 48. Aujourd'hui, 12 mai, le cheval est malléiné en prévision de sa rentrée imminente dans le rang.

Voilà donc un animal qui a subi la double opération de la kélotomie et de l'entérotomie; cette dernière, particulièrement délicate, a des suites généralement mortelles, étant donnée la sensibilité du péritoine du cheval à l'infection, opération effectuée dans des conditions rudimentaires d'asepsie, puisque la soie, d'origine douteuse, n'a pu être suffisamment désinfectée pour être employée sans regret. Cependant à aucun moment le sujet n'a présenté de signes de péritonite, la plaie s'est cicatrisée dans les délais normaux et les sutures *à la soie* (nous insistons sur ce détail, car le catgut eût été de rigueur) se sont enkystées. Nous attribuons ce résultat remarquable à la méthode phagogène qui a donné à l'organisme du malade de merveilleux moyens de défense et nous sommes persuadé, certain même, que c'est à cette intervention que l'opéré doit une guérison rapide et complète.

Paris, le 12 mai 1911

DESGRUELLES.
Médecin-vétérinaire.

Entérite fébrile. — Traitement par la méthode phagogène.

Commémoratifs. Symptômes. — Un cheval noir, entier, de race percheronne, âgé de 8 ans, de la taille de 1m64, matricule 19.172, de tempérament nerveux, est amené à l'infirmerie le 25 mars 1911 pour coliques; les symptômes persistent 24 heures, et aux coliques succède une entérite bien caractérisée par la nature des crottins, puis par la diarrhée, la couleur ictérique des muqueuses, la sensibilité de l'hypochondre droit et une légère hyperthermie (38°8, le 29 mars, 38°6 le 30). L'affection ne s'améliore pas sous l'influence de la thérapeutique ordinaire.

Le 31 mars, les muqueuses ont une teinte brique; la température est stationnaire, 38°8; 66 pulsations, 8 respirations, la fièvre est peu intense, mais l'animal est triste, abattu; la perte de l'appétit est complète, la diarrhée liquide. Nous injectons 100 grammes de panphagine.

Le 1er avril, le thermomètre monte légèrement (39°1), tandis qu'au contraire le nombre des pulsations diminue (50); les muqueuses ont perdu leur teinte brique, elles sont plus claires, légèrement safranées. Le malade reçoit une nouvelle dose de 60 grammes de panphagine.

2 Avril. — Les muqueuses continuent à s'éclaircir, les fèces, quoique molles, ne sont plus liquides, l'appétit revient; l'attitude de l'animal est meilleure; il prête attention aux mouvements et aux bruits du voisinage, couche les oreilles quand on l'approche; la température baisse : 38°6, le nombre de pulsations également : 46, le sujet, très nerveux, probablement excité par des phénomènes extérieurs, respire un peu plus vite (15).

3 Avril. — 38°2. P. 42. R. 8. L'urine est claire, les crottins prennent forme.

4 Avril. — L'appétit est entièrement revenu. Les muqueuses ont recouvré en partie leur teinte normale; la température, la respiration, la circulation sont également normales. Le cheval entre en convalescence, il subit sans résultat l'épreuve de la malléine.

Le tableau suivant montre bien la chute des courbes des températures et des pulsations sous l'influence du traitement phagogène.

Dates.	Températures.	Pulsations.	Respirations.
29 mars 1911	38°8		
30 — —	38°6		
31 — —	38°8	66	6
100 grammes de panphagine			
1er avril 1911	39°1	50	10
60 grammes de panphagine.			
2 avril 1911	38°6	46	15
3 — —	38°2	42	8
4 — —	38°	36	11
5 — —	38°	40	10
6 — —	38°	38	10

Le vétérinaire,

DESGRUELLES.

Guérison de la pneumonie à la période d'état par la méthode phagogène.

Le cheval hongre, matricule 23.285, sous poil gris foncé rouanné, âgé de 5 ans 1/2, de la taille de 1 m. 64, entré à l'infirmerie le 13 mars 1911, pour gourme; la thérapeutique ordinaire (saignée, dérivation, etc.) n'enraye pas l'évolution de la pneumonie; au contraire, l'hyperthermie s'élève jusqu'à 40° et reste stationnaire. Le 15 on constate une diminution marquée du murmure à gauche en bas; les muqueuses sont safranées, les mouvements respiratoires accélérés, l'artère est pleine, le pouls fort. Pour des raisons de service, il ne nous a pas été possible d'appliquer la méthode phagogène à ce moment et nous ne le regrettons pas, car le hasard nous a permis de juger de l'efficacité du procédé appliqué tardivement. Le demain 16 mars, les symptômes sont encore plus accusés; à 4 h. 1/2 du soir, la température est de 40°1, les pulsations, les respirations sont respectivement 62 et 28. Les signes stéthoscopiques sont nuls à droite; à gauche il y a matité : l'hépatisation est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, atteignant en arrière de l'épaule la moitié de la hauteur du thorax; à l'auscultation on entend le souffle tubaire sur une grande étendue. Il y a écoulement d'un jetage séreux agglutinatif. Anorexie totale.

Diagnostic. — Pneumonie lobaire à la période d'état.

Pronostic grave. — L'hépatisation est volumineuse; située à gauche elle détermine une gêne mécanique du cœur emprisonné dans un tissu dense, peu élastique, de plus l'animal, lymphatique, sans énergie, n'offre qu'une faible résistance à l'infection. Enfin le traitement classique n'a donné aucun résultat. Aussi sommes-nous placé dans de très mauvaises conditions pour tenter une application tardive de la méthode phagogène; pour l'espérer efficace, l'intervention eût dû être beaucoup plus rapide. Malgré ces conditions défectueuses, l'animal est soumis au traitement du docteur Doyen : nous injectons 40 grammes de panphagine sous la peau et 20 grammes dans la jugulaire. Le cheval manifeste les coliques habituelles pendant la demi-heure qui suit l'injection.

7 heures du soir, 40°; 9 heures du soir, 39°8.

17 Mars. — 7 heures du matin, 39°6; 9 h. 1/2 du matin, 39°; Puls. 53; Resp. 25.

Murmure supplémentaire à droite; pas de changement à gauche. Injection souscutanée de 60 c. c. de panphagine.

7 h. 1/2 soir, 39°.

18 Mars. — 7 heures du matin, 38°9; 10 heures du matin, 38°7; Puls. 52; Resp. 30.

Les muqueuses sont éclaircies; pas de changement dans les signes stéthoscopiques, mais l'appétit revient.

Injection sous-cutanée de 30 gr. de panphagine.

7 heures du soir, 38°5.

19 Mars. — 38°2.

20 Mars. — 7 heures du matin, 38°1; 10 heures du matin, 37°9.

L'appétit est excellent; l'animal réclame sa ration; sa mine éveillée, les mouvements plus aisés, l'aspect général profondément modifié, témoignent de l'efficacité du traitement. D'ailleurs, les muqueuses nettoyées ne présentent plus qu'une très légère teinte safranée. Il persiste un jetage séro-muqueux.

Auscultation et percussion : pas de changement à droite; à gauche, la matité est de même forme: toutefois le souffle tubaire est moins étendu; il se localise aux environs des grosses bronches. La respiration est plus facile, plus ample. Puls. 43: Resp. 17.

On donne de l'iodure; le cœur est soutenu par la digitale.

Le 21 mars, le plessimètre indique que l'hépatisation a considérablement diminué; à sa périphérie, le râle crépitant de retour se fait entendre; le lendemain 22, on injecte 20 gr. de panphagine nouvelle; puis, devant l'amélioration graduelle, nous suspendons à cette date la méthode phagogène, suivant en cela les prescriptions du docteur Doyen, quitte à la reprendre si l'état du sujet venait à s'aggraver.

Enfin le 25 mars, le souffle tubaire a entièrement disparu, faisant place au râle crépitant humide; la matité est remplacée par la submatité, et l'ilot d'hépatisation s'est rétréci dans des proportions considérables. Cette amélioration se traduit mécaniquement par le nombre de mouvements respiratoires descendant petit à petit à la normale, le tissu hépatisé devenant perméable. Le traitement est supprimé, l'animal entrant en convalescence est proposé pour un séjour à la ferme de Claye.

Le tableau ci-dessous résume la marche de l'affection :

Dates.		Températures.	Pulsations.	Respirations
13 mars 1911		39°		
14 mars 1911		40		
15 mars 1911		40	68	22
16 mars.	4 h. 1/2 soir; 60 gr. de panphagine.	40°1	62	28
	7 h. soir.	40°		
	9 h. soir.	39°8		
17 mars.	7 h. matin	39°6		
	9 h. 1/2 matin. 60 gr. de panphagine.	39°	53	14
18 mars.	30 gr. de panphagine	38°7	52	30
	7 h. soir.	38°5		
19 mars.		38°2		
20 mars		37°9	43	17
21 mars		38°1	46	22
22 mars, 20 gr. de panphagine.		37°9	51	25
23 mars		38°1	44	20
24 mars		38°2		
25 mars		37°6	42	14
26 mars		37°6		
27 mars		37°6	35	10

Le vétérinaire,

DESGRUELLES.

INAUGURATION

DE

L'ANNEXE N° 3 DE L'INSTITUT DOYEN

SOUS LA PRÉSIDENCE DE

M. MESSIMY, Ministre des Colonies

44, rue Vercingétorix (XIVe arrondissement)

LE MERCREDI 7 JUIN 1911

CONFÉRENCE DU DOCTEUR DOYEN

Avec Projections lumineuses

au Théâtre Montparnasse

" L'ŒUVRE HUMANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DES ANNEXES DE L'INSTITUT DOYEN "

Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs,

Je dois d'abord remercier M. Messimy, Ministre des Colonies, qui avait accepté la présidence de cette cérémonie. M. Messimy, retenu par un événement imprévu, a délégué son chef de Cabinet, M. Fortin. Je remercie également M. Steeg d'avoir bien voulu se faire représenter par M. Augeix, son secrétaire particulier.

L'appui de M. le Ministre des Colonies m'est d'autant plus précieux, qu'il m'apporte ici le souvenir de mon Maître vénéré, le professeur Cornil, son beau-père. Le professeur. Cornil était un esprit indépendant, qualité rare chez les professeurs de la Faculté de Médecine, et il accueillait avec bienveillance les idées nouvelles, lorsqu'elles reposaient sur une base vraiment scientifique.

Je me souviendrai toujours. qu'au moment où j'ai été le plus combattu, le professeur Cornil seul approuvait mes recherches et me prodiguait ses encouragements.

Je vais vous exposer l'œuvre humanitaire, sociale et économique que je poursuis. Il me faut d'abord vous expliquer comment ma nouvelle méthode thérapeutique convient à presque toutes les maladies à la fois.

La médecine, dont les origines antiques se confondent avec celles des religions primitives, est longtemps demeurée une pratique mystérieuse. Les premiers médecins ne connaissaient que trop leur impuissance ; ils employaient des simples et se livraient à des rites analogues à ceux des sorciers. Leur prétendue science ne

pouvait en imposer aux peuples primitifs qu'à la condition de rester enveloppée d'un grand mystère. Le médecin portait encore, au temps de Molière, un costume particulier, et il avait conservé l'habitude de disserter en latin, même en latin de cuisine, auquel les profanes ne pouvaient rien comprendre.

Les médecins du XVII[e] siècle étaient d'ailleurs ignorants de certaines découvertes, déjà très anciennes, dans le domaine de l'immunité. Ce sont en effet des peuples primitifs qui ont observé les premiers les propriétés vaccinantes de certains virus. Metchnikoff a résumé cet historique dans un de ses volumes sur l'immunité.

Une des premières pratiques d'immunisation artificielle a été l'immunisation contre la variole. Les habitants de la Chine antique observèrent que les personnes qui étaient atteintes d'une variole légère ne mouraient pas, et qu'elles se trouvaient désormais à l'abri de cette maladie. Ils mettaient de côté, avec beaucoup de soin, les écailles épidermiques des cas de variole bénigne, et ils s'en servaient pour inoculer les enfants. Ce procédé réussissait assez souvent, et provoquait l'éclosion d'une variole légère. Mais parfois aussi l'individu inoculé avec ce virus faible était atteint d'une variole grave, et succombait.

On ignorait alors que, dans la lutte entre les virus et l'organisme humain, il faut tenir compte non seulement du degré de virulence de l'agent pathogène, mais aussi de la résistance du malade, qui est très variable. Il peut donc arriver, lorsque la résistance de l'organisme est très faible, qu'un virus atténué produise une atteinte grave, tandis qu'un sujet plus résistant aurait échappé à la mort.

La vaccination par le cow-pox a été découverte également dans l'Asie antique, probablement dans le Beloutchistan. Les vertus du cow-pox se sont répandues à travers les âges, par la tradition. Vous savez que le cow-pox est le vaccin de Jenner. Actuellement, la vaccination anti-variolique est obligatoire dans tous les pays de l'Europe. Or, le médecin anglais Jenner, qui a vulgarisé l'emploi du cow-pox et lui a donné son nom, avait eu connaissance de ses vertus anti-varioliques par les trayeuses de vaches et par les palefreniers.

Les médecins se sont immédiatement ligués contre Jenner; ils l'ont combattu pendant près de 80 ans, et leur rôle néfaste a été de condamner à une mort horrible des milliers de malheureux qu'ils auraient pu sauver, en leur inoculant préventivement le cow-pox.

La vaccination contre la pneumonie du bœuf, qui se fait encore en inoculant à la racine de la queue le virus du poumon d'un animal mort de cette maladie est aussi une pratique très ancienne. Ce procédé a été découvert à une époque immémoriale, dans la Sénégambie.

La vaccination contre le venin des serpents a été imaginée par les nègres.

Les vertus du quinquina, de la coca et de la kola ont été observées par des sauvages et ce sont les habitants de la Styrie qui ont reconnu les propriétés toxiques et reconstituantes de l'arsenic.

Le rôle des collèges médicaux a été, à toutes les époques, de repousser les innovations. Ils ont opposé leur force d'inertie à la vulgarisation de toutes les idées nouvelles. Le professeur Brouardel, l'ancien Doyen de la Faculté de Médecine, rapporte dans un de ses ouvrages que les collèges de médecins ont presque toujours combattu les découvertes qui pouvaient faire progresser l'art de guérir. C'est ainsi que la Sorbonne a condamné en séance solennelle l'antimoine et la quinine; plus tard, l'Académie de médecine a condamné l'ovariotomie.

La thérapeutique bactérienne est entrée dans la période scientifique avec Pas-



Inauguration de l'Annexe n° 3, de l'Institut Doyen, 44, rue Vercingétorix (XIVe).

teur, qui découvrit en 1879 le vaccin contre le choléra des poules. Pasteur formula hientôt ses deux grands principes, de l'atténuation des virus et des propriétés vaccinantes des virus atténués. Pasteur fut combattu par la plupart des médecins. Lorsqu'il eut fait triompher ses idées, ses élèves s'imaginèrent qu'ils devaient trouver des vaccins contre toutes les maladies de l'homme et des animaux. Leurs recherches ne furent pas fructueuses. C'est ainsi que les vaccins contre la peste, contre la pneumonie, contre la furonculose, contre l'érysipèle et contre la fièvre typhoïde ont tous échoué. En 1890, de nouvelles espérances se réalisèrent : Behring et Kitasato venaient d'observer les propriétés immunisantes des sérums des animaux vaccinés. C'était la découverte de la sérothérapie.

Ils se sont rendu compte que, si l'on injectait à des cobayes ou des lapins de petites quantité de toxine diphtérique ou tétanique, on les accoutumait à supporter de plus fortes doses, comme on accoutume l'homme ou le lapin à supporter de fortes doses d'arsenic. L'accoutumance la plus généralement connue, chez l'homme, est l'accoutumance de certaines personnes à la morphine. Tandis qu'un sujet normal serait tué en quelques heures par l'injection de 10 ou 20 centigrammes de chlorhydrate de morphine, certains morphinomanes supportent chaque jour jusqu'à 3 grammes de ce poison. Ils n'en perdent pas moins la vigueur et la santé. On peut s'accoutumer également l'organisme à des toxines microbiennes ou à des microbes. Or, lorsqu'on a accoutumé un cheval à recevoir de fortes doses de toxines diphtérique, on arrive à ce résultat, que le sérum de ce cheval est capable de neutraliser la toxine fraîche. Il suffit alors de saigner ce cheval et de séparer le sérum, qui est injecté aux enfants atteints de la diphtérie.

Cette découverte de l'application de la sérothérapie à la guérison de la diphtérie chez l'homme appartient à Roux. Il a communiqué ses premiers résultats, en 1894, au Congrès international de Buda-Pest. Il avait, à ce moment, guéri les trois cents premiers enfants traités par cette méthode. Donc, si la découverte du principe est allemande, la découverte de l'application est exclusivement française, et elle est une de nos gloires nationales.

La France est d'ailleurs moins fermée que la plupart des autres nations aux découvertes qui viennent de l'étranger, où intervient souvent un chauvinisme extraordinaire. C'est ainsi que Pasteur a été vivement pris à partie, au Congrès de Genève, par le savant allemand Robert Koch, qui cependant est arrivé plus tard à lui rendre justice.

La vaccination antirabique de Pasteur, qui fut adoptée, presque immédiatement après sa découverte, dans tous les pays, a été vivement combattue en Allemagne, et il a fallu 16 ans pour qu'elle fût acceptée à Berlin.

Toutes ces découvertes, nous retiennent dans le cercle de l'immunisation spécifique : à chaque malade est opposé un vaccin spécial, à chaque toxine, une antitoxine correspondante.

Cette interprétation de la thérapeutique des maladies infectieuses est bien dangereuse. Chaque nouveau-né devrait être un réceptacle à vaccins. Il devrait subir une injection contre la diphtérie, une autre contre la fièvre typhoïde, une troisième contre la variole, d'autres contre la peste, contre le tétanos et contre des quantités de maladies qu'il n'aura peut-être jamais. Certains médecins ont été jusqu'à prétendre que chaque enfant, dès qu'il serait assez vigoureux, devrait être opéré de l'appendicite, pour être préservé de l'atteinte éventuelle d'une crise foudroyante. « Peut-être, ajoutaient certains rieurs, si l'on enlève l'appendice à tous

les enfants pendant beaucoup d'années consécutives, les enfants de ces enfants naîtront-ils sans appendice. »

Les partisans de la vaccination spécifique n'oublient qu'une chose, c'est que beaucoup de virus sont tout à fait dépourvus de propriétés vaccinantes : prenons, par exemple, l'érysipèle à répétition : certaines personnes ont eu 15, 20 ou 30 de ces érysipèles dans leur vie : ce sont le plus souvent des érysipèles de la face, qui naissent d'un foyer microbien latent; par exemple d'un eczéma localisé, siégeant en arrière de l'oreille. Beaucoup de ces érysipèles ne sont pas très graves; quelquefois cependant, après 10 ou 15 poussées légères, les malades succombent à la suite d'une infection généralisée.

La furonculose ne vaccine guère; voyez ces pauvres soldats couverts de furoncles pendant plusieurs mois. La rougeole peut se manifester plusieurs fois sur le même sujet. et l'on a observé des rechutes de scarlatine.

Or les médecins, comme hypnotisés par l'observation de l'immunisation spécifique, qui est un phénomène inconstant et secondaire, ont omis d'observer et d'étudier un phénomène beaucoup plus important; l'*immunité naturelle*. L'*immunité naturelle* n'a été étudiée dans son ensemble que par Metchnikoff, qui n'est pas un médecin. Elle est le *phénomène primordial*, le seul que nous retiendrons aujourd'hui.

L'*immunité naturelle* est cette faculté de l'organisme, d'être insensible à *certaines maladies*. L'homme, par exemple, est insensible à la clavelée du mouton, à la péripneumonie du bœuf, à la peste bovine, et à d'autres maladies des animaux.

Il y a au contraire des maladies communes à l'homme et aux bêtes, par exemple le charbon des bovidés et du mouton, la peste, maladie des petits rongeurs du Nord de la Sibérie, la morve du cheval et de l'âne, le cow-pox, maladie de la vache et du cheval, que l'on transmet actuellement au veau, pour vacciner les enfants contre la variole.

L'immunité naturelle varie considérablement d'une espèce à l'autre. Ainsi le cobaye est exposé à certaines maladies qui n'atteignent pas l'homme. et il en est de même du lapin, du bœuf, du mouton, etc. Il en est de même pour les poisons végétaux ou minéraux : le persil, plante comestible pour l'homme, tue le perroquet. Au contraire, le cobaye, petit animal de 700 à 800 grammes, peut supporter 20 centigrammes d'atropine, dose suffisante pour tuer vingt hommes adultes. La chèvre et le lapin broutent impunément la belladone, d'où l'on retire l'atropine.

Ces variations dans l'immunité naturelle, d'une espèce à l'autre, sont considérables. Il en résulte que les médecins et les bactériologistes ont commis une erreur énorme en expérimentant l'action de certains agents thérapeutiques sur les animaux de laboratoire, et en cherchant à conclure de l'animal à l'homme.

Supposons que l'on ait commis l'imprudence d'étudier sur le cobaye le pouvoir toxique de l'atropine, on aurait empoisonné tous les hommes à qui l'on aurait administré des doses reconnues inoffensives pour le cobaye.

Il en est de même pour la plupart des virus : N'a-t-on pas annoncé à plusieurs reprises la découverte d'un vaccin et d'un sérum contre la peste?

Or, l'année dernière, on a envoyé en Extrême-Orient des quantités énormes de ce vaccin et de ce sérum anti-pesteux, qu'on avait expérimenté sur le cobaye. Ce vaccin et ce sérum, injectés à l'homme, n'ont pas donné de résultats.

J'ai suivi depuis de longues années ces insuccès répétés et voici déjà dix ans que je suis arrivé à une conception toute différente de la thérapeutique : l'homme

étant protégé par ses moyens naturels contre toute une série de maladies des animaux, j'ai pensé qu'il deviendrait possible, en augmentant cette immunité naturelle, de le protéger à la fois contre toutes les maladies auxquelles il est exposé. Ma méthode est donc originale et personnelle.

Lorsque je me suis rendu compte de l'action thérapeutique de certaines substances absolument inoffensives, par exemple la levure de bière, dont l'emploi contre la furonculose est connu depuis plus de 60 ans, j'ai eu l'idée de rechercher, comme on a découvert la quinine dans l'écorce de quinquina et l'ergotine dans l'ergot de seigle, quelle en était la substance active. J'ai obtenu des corps analogues à l'ergotine et aux peptones. J'ai expérimenté leur action thérapeutique, et j'ai constaté qu'ils guérissaient non seulement la furonculose, mais plusieurs autres maladies. Il était ainsi démontré qu'une même préparation pouvait guérir à la fois des maladies infectieuses très variées. Cette observation était contraire à toutes les idées en cours, qui étaient favorables, nous l'avons vu, à l'immunisation spécifique.

J'ai communiqué à plusieurs Congrès de médecine les résultats de mon expérience, et j'ai dit aux partisans de l'immunisation spécifique : Vous êtes dans l'erreur : les vaccins et le sérum spécifiques réussissent à peine contre deux ou trois maladies, et encore les résultats sont-ils contestables et imparfaits. Ma méthode est supérieure à la vôtre, puisqu'elle est inoffensive, ce qui n'est pas le cas des sérums et des vaccins que vous employez. De plus, elle guérit à la fois presque toutes les maladies infectieuses.

On me fit les plus vives objections; beaucoup de médecins se contentèrent de sourire et bientôt un mot d'ordre partit des Collèges médicaux et des Académies : « Doyen vous trompe, tout chez lui est truqué, ne croyez pas un mot de ce qu'il dit, c'est de la pure réclame. » Et tous ces médecins nièrent, sans même prendre la peine de contrôler mes résultats.

Ma méthode est cependant bien simple :

Je vais vous l'exposer en vous montrant un certain nombre de photographies autochromes, relatives au mécanisme de l'immunité. Ces documents vous feront comprendre comment la nouvelle thérapeutique que j'ai découverte permet de préserver l'homme contre les maladies les plus variées.

Vous savez que notre organisme est composé d'une quantité de cellules. Nous avons des cellules de plusieurs espèces; des cellules fixes, par exemple les cellules des muqueuses, du système nerveux, des os; et des cellules mobiles, celles du sang et des espaces lymphatiques.

Voici une photographie autochrome faite dans le laboratoire de mon Institut. Vous voyez, extrêmement agrandis, des globules rouges du sang et des globules blancs. Parmi ceux-ci, des lymphocytes ou jeunes globules, et des leucocytes adultes. Metchnikoff a constaté que, chez tous les animaux supérieurs, certains leucocytes dits polynucléaires, qu'il a nommés les microphages, absorbent les poisons et les toxines. C'est ainsi que, chez les morphinomanes, ce sont les microphages qui absorbent la morphine. Au contraire, les macrophages, comme je vais vous le montrer tout à l'heure, sont destinés à détruire les cellules mortes ou fatiguées, qui doivent disparaître.

Voici le phénomène de la phagocytose. Si vous injectez du carmin en émulsion dans le péritoine d'une salamandre ou d'un cobaye, tous les grains de carmin sont d'abord libres; puis les phagocytes, qui se déplacent, changent de forme et poussent des bras comme les amibes (d'où le nom de mouvements amiboïdes),

absorbent les grains de carmin et les digèrent. La preuve de cette digestion, c'est que le carmin s'oxyde. Voici un microphage où les grains de carmin sont restés de couleur rouge; dans le leucocyte voisin, les grains de carmin sont complètement décolorés.

C'est par le même phénomène que se produit la digestion des microbes.

Voici une préparation provenant du péritoine du cobaye. Vous y voyez des microbes et des phagocytes. Beaucoup de microbes sont libres dans le plasma. D'autres sont englobés dans les phagocytes. Le ferment phagocytaire, nommé cytase, et qui est très analogue à la pepsine, est en train de les digérer et de les détruire.

Une autre préparation, très remarquable, vous montre un leucocyte à granulations colorables par l'éosine, dit *éosinophile*, digérant des diplocoques, que vous voyez très bien dans son intérieur.

Cette autre photographie vous montre la destruction des bacilles tuberculeux aviaires par le cobaye, après action de la Mycolysine injectable, qui surexcite les phagocytes. Les bacilles sont tous englobés dans les macrophages. On peut continuer à étudier le phénomène sur le même animal en ponctionnant le péritoine chaque jour : le bacille finit par se transformer en granules, et disparaît. Au contraire, si l'on injecte des bacilles tuberculeux humains, ils se réunissent en amas, les cellules lymphatiques accourent autour d'eux et on assiste à la formation des cellules géantes, qui sont le point de départ du tubercule élémentaire. Comment se produit le tubercule? Les macrophages arrivent autour des amas de bacilles, et ils les englobent, sans pouvoir les digérer. La tuberculine diffuse tout autour, et tue les microphages, qui forment la masse caséeuse.

Voici une préparation intéressante; elle vous montre le phénomène de symbiose des microbes et des macrophages dans la lèpre.

Les microbes des maladies aiguës, presque sans exception, sont attaqués par les microphages, tandis que les microbes des maladies chroniques repoussent les microphages et ne sont englobés que par les macrophages. Or ces derniers phagocytes ont un ferment beaucoup moins actif que les premiers contre les microbes.

Il s'ensuit que, dans les maladies aiguës, le travail du microphage étant rapide, on observe en peu de jours la mort ou la guérison. Les microbes des maladies chroniques, tuberculose, lèpre, cancer, rhumatisme, qui repoussent les microphages, sont attaqués par les autres phagocytes, par l'armée de réserve, c'est-à-dire par les macrophages, dont le ferment est impuissant à les détruire.

C'est ainsi que dans la tuberculose, la lèpre et le cancer, maladies très analogues, le microbe vit en symbiose avec la cellule, qui se transporte avec lui. D'où la vie commune de la cellule, qui se dissémine dans l'organisme, avec le microbe qui végète dans son intérieur.

On sait, d'après les travaux de Metchnikoff, que les macrophages, pendant le blanchiment des cheveux, pénètrent dans le poil et englobent les grains de pigment, qu'ils entraînent au dehors. Le même phénomène s'observe chez les animaux inférieurs, par exemple, chez les vers de terre : de grands macrophages englobent presque toutes les substances nuisibles qui ont pénétré dans l'organisme, et ils les expulsent avec eux par les stomates du tégument externe. De jeunes phagocytes remplacent sans cesse ceux qui ont rempli leurs fonctions.

Voici une préparation de l'épididyme d'un goutteux : vous y distinguez des cristaux d'acide urique. De grands macrophages, avec noyaux multiples, phagocytent un de ces cristaux. Cette photographie est très intéressante. En effet, elle vous donne la clé de l'action de la Mycolysine chez les goutteux

La découverte du mécanisme du blanchiment des cheveux par Metchnikoff, que je viens de vous démontrer il y a quelques minutes, est très intéressante. Lorsqu'une personne voit ses cheveux blanchir très vite, si elle prenait le soin de placer sous sa tête un drap très fin, elle retrouverait tout le pigment noir, qu'elle pourrait recueillir comme souvenir.

Je vous ai dit que les macrophages digèrent également les cellules altérées et qui doivent être détruites : voici un macrophage, reconnaissable à sa forme, qui enveloppe un leucocyte mort, pour le dévorer.

Je vais vous montrer maintenant, pour vous donner une idée des services que peut rendre ma nouvelle méthode d'enseignement, un certain nombre de photographies autochromes de lésions pathologiques et de technique opératoire.

Voici des épreuves autochromes montrant des lésions typiques de psoriasis buccal, de cancer de la langue, d'ictère infectieux et de furonculose, avant et après le traitement par la Mycolysine. Ces projections sont tellement démonstratives, qu'elles suffisent à un œil exercé pour porter un diagnostic précis.

Vous pouvez juger quel profit l'enseignement peut tirer de cette nouvelle méthode de démonstration.

Je vais vous faire voir également des photographies des pièces anatomiques que j'ai projetées à mon cours, considérablement agrandies et avec leur couleur naturelle, grâce à un nouveau dispositif que j'ai imaginé dans ce but. Ces coupes anatomiques m'ont permis de publier, avec la collaboration de M. Bouchon et de mon fils Roger, un atlas d'anatomie et des planches murales qui sont actuellement les seuls documents véridiques que nous possédions. Ces coupes anatomiques nous ont permis de découvrir de nombreux rapports viscéraux, inconnus jusqu'ici, par suite de l'insuffisance des procédés de dissection. Voici enfin des photographies d'opérations chirurgicales. Vous distinguez sur l'écran toute ma technique opératoire, aussi bien que si vous assistiez à l'intervention elle-même. Voici une appendicite, puis l'extirpation d'un lipome sous-cutané, et une ablation d'un cancer du sein, avec bain thermo-électrique. Je vais vous expliquer le bain thermo-électrique : j'ai observé, en 1907, que la virulence des cellules cancéreuses est détruite par la température de 58° centigrades et j'ai découvert, à la même époque, une nouvelle application des courants de haute fréquence, susceptible de chauffer les tissus à une grande profondeur. J'ai nommé cette méthode : l'électro-coagulation thermique ; elle permet de détruire tous les cancers superficiels. Pour les cancers sous-cutanés, il était difficile d'atteindre dans toute leur profondeur la température utile. J'ai imaginé la technique suivante : je place le malade sur une table de caoutchouc, j'extirpe la tumeur avec le bistouri, et je remplis la plaie d'eau salée. Je fais alors passer le courant alternatif, en vérifiant la chaleur produite avec un thermomètre centigrade, et je fais projeter de l'eau salée à 55° sur les lèvres de la plaie. J'arrête le courant électrique lorsque le thermomètre marque dans la profondeur 60 degrés. Je suis ainsi certain d'avoir empêché toute inoculation des cellules cancéreuses dans le champ opératoire. Cette méthode m'a donné, depuis 1907, des résultats très remarquables.

J'ai peut-être abusé de votre temps. Je tenais à faire devant Messieurs les délégués du ministre de l'Instruction publique et du ministre des Colonies la démonstration de cette nouvelle méthode d'enseignement.

Revenons à la guérison des maladies infectieuses et à la création de l'annexe n° 3 de mon Institut :

Je vous ai dit que les médecins avaient de tout temps combattu les méthodes nouvelles. Beaucoup d'entre eux les combattent encore, par simple scepticisme et parce qu'ils ne croient pas à la thérapeutique.

Les médecins d'aujourd'hui apprennent à porter un diagnostic précis; quant à guérir leurs malades, ils se savent impuissants.

Proposez à un de nos professeurs, à un médecin en renom, un traitement nouveau. Il le rejettera *a priori*, et décidera, selon Molière, *qu'il vaut mieux mourir selon la règle que guérir contre la règle*.

Je vous citerai un exemple; il y a six semaines, un de mes opérés, guéri par l'électro-coagulation d'un cancer de la langue, longtemps considéré comme incurable, me parla du cas d'un de ses amis, diabétique, et atteint d'un anthrax énorme. Il proposa à la famille de le faire traiter par ma méthode. Cette proposition fut soumise aux médecins consultants ; ceux-ci ont déclaré que, si l'on me faisait venir, ils abandonneraient le malade. La famille a cédé devant cette menace, et le malade est mort.

Heureusement, à côté de ces collèges médicaux conservateurs et arriérés, s'est affirmée une nouvelle génération de médecins moins sceptiques, et avides d'apprendre. A leur avant-garde sont les médecins de la Marine, les médecins des Colonies et les médecins Militaires. — Tous ont expérimenté loyalement la Mycolysine. Je vous apporte aujourd'hui leurs attestations. Elles viennent d'un milieu où l'on ne peut suspecter aucune influence.

J'ai demandé, il y a un an, à M. le Ministre de la Guerre et à M. le Ministre de la Marine d'autoriser les médecins militaires à faire des expériences sur la Mycolysine et j'ai mis à leur disposition de grandes quantités de Mycolysine buvable et injectable.

Le 21 décembre dernier, j'ai reçu de M. le Ministre de la Marine l'avis que le Conseil supérieur de Santé de la Marine, à la suite des expériences faites à l'Hôpital maritime de Brest, avait autorisé le traitement des maladies infectieuses par la Mycolysine dans les Hôpitaux maritimes.

J'ai expédié de nouvelles quantités de Mycolysine buvable et injectable aux hôpitaux maritimes de Cherbourg, de Brest, de Rochefort, de Lorient et de Toulon. Je vais en envoyer à Bizerte.

J'ai entretenu dernièrement M. le Ministre des Colonies de la même question et, sur la demande de M. le médecin Inspecteur des Colonies, je viens d'envoyer de la Mycolysine à toutes nos colonies françaises d'Afrique et d'Asie.

M. le Ministre de la Marine et M. le Ministre des Colonies ont autorisé MM. les directeurs des services de santé à me communiquer leurs observations.

J'espère obtenir d'ici quelques mois des résultats concluants pour le traitement de maladies coloniales, notamment de la peste. Il n'y a aucune raison pour que la Mycolysine n'exerce pas une action préventive ou curative sur le choléra et sur la peste.

Des expériences vont être faites également, dans l'armée, sur mon nouveau traitement de la Tuberculose.

On sait que les tuberculeux supportent très mal la tuberculine de Koch, qui produit chez eux des accidents graves et souvent mortels. Au contraire, les tuberculeux, soumis à l'action de la Mycolysine, supportent très bien la tuberculine. Leurs phagocytes, devenus plus vivaces sous l'influence de la Mycolysine, sécrètent, en présence de la tuberculine de Koch, un anticorps spécifique, qui annihile le poison tuberculeux et produit la réaction d'immunité.

Revenons aux maladies infectieuses aiguës. Je viens de vous dire que j'ai reçu de plusieurs hôpitaux maritimes des rapports concluants.

Ce sont les résultats de ces expériences, faites en dehors de moi, que je vais vous citer, car elles sont la confirmation de tout ce que j'ai antérieurement publié.

Je devrais avoir entre les mains un autre rapport très important, que m'avait promis le regretté Ministre de la Guerre, M. Berteaux, trois jours avant l'accident fatal dont il a été victime. C'est un rapport émanant de l'hôpital Saint-Martin de Paris, et concernant plus de 60 cas de maladies infectieuses traités par ma méthode. M. le Ministre a bien voulu me dire que ce rapport confirmait, comme les rapports de MM. les médecins de la Marine, tous les résultats que j'avais annoncés. J'espère obtenir bientôt de M. le Général Goiran la communication de ce document.

Les rapports officiels que j'ai reçus sur l'action de la Mycolysine émanent de plusieurs sources. Le premier m'a été adressé par un Médecin principal de l'Armée, actuellement en retraite, le Docteur Du Cazal, médecin en chef de l'Hôpital de Monaco. L'état sanitaire de la Principauté est excellent ; il n'a donc pas traité beaucoup de cas. Le Docteur Du Cazal m'a signalé des guérisons rapides de plusieurs cas de fièvre typhoïde et de furonculose grave, par l'action de la Mycolysine.

D'autres observations concluantes m'ont été adressées par M. le Médecin principal Bonnefoy, qui a traité un certain nombre de malades par ma méthode à l'Hôpital maritime de Cherbourg. C'est également M. le Médecin principal Bonnefoy qui m'a adressé le premier cas de cancer de la langue que j'ai soumis à l'électro-coagulation. Je vous ai montré la photographie de ce malade ; sa guérison est complète.

Un autre rapport vient de m'être adressé, il y a quelques jours, de l'Hôpital de Sainte-Anne de Toulon. Ces observations, recueillies par M. le docteur Dargein, dans le service de M. le Médecin en chef Trabaud, m'ont été transmises officiellement, car M. le Ministre de la Marine a autorisé MM. les Directeurs du Service de Santé à communiquer directement avec moi.

Je vais vous les résumer. (Voir p. 419.)

J'insiste particulièrement sur la guérison de la méningite cérébro-spinale. Vous savez quelle mortalité donne cette maladie. J'avais déjà publié deux cas de guérisons par la Mycolysine. On m'a dit : « Nous ne vous croyons pas, et vous vous êtes trompé. »

Cette fois, c'est M. le Médecin en chef Trabaud qui écrit :

L'effet de la Mycolysine a été immédiat, et les contractions des muscles du dos ont cessé dès la première injection.

Le même rapport contient une observation de guérison de Fièvre de Malte. Vous savez que cette maladie provient d'un microbe émanant de la chèvre, et qui s'introduit dans le sang. La Fièvre de Malte est très difficile à guérir. J'avais publié deux observations concluantes. Elles n'ont pas été remarquées. Or, l'observation de l'hôpital maritime Sainte-Anne confirme mes observations antérieures ; il n'est plus possible de douter. Ce cas de l'hôpital Sainte-Anne contient même deux observations en une seule. En effet le malade, qui paraissait guéri après deux injections, a présenté une récidive 20 jours après. Deux nouvelles injections ont fait tomber la température en 24 heures et elles ont amené la guérison définitive.

J'avais aussi publié antérieurement deux guérisons de diarrhée de Cochinchine. On sait que cette maladie était considérée jusqu'alors comme incurable. Ces malades,

deux officiers, allaient être mis à la réforme ; ils ont été guéris en quelques jours par la Mycolysine buvable.

Or, le rapport de l'hôpital Sainte-Anne contient une nouvelle observation concluante : un officier était presque mourant par suite de la diarrhée de Cochinchine : son état s'est amélioré dès l'administration de la Mycolysine. La diarrhée a cessé et 8 jours après le malade entrait en convalescence.

Ces observations confirment donc tous mes résultats antérieurs. Le doute n'est plus permis et la preuve est faite, irréfutable.

Le traitement de la tuberculose m'a donné des résultats tout aussi remarquables.

J'ai annoncé en juin dernier, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, que je mettais mon traitement à la disposition des médecins qui voudraient bien l'employer.

Nous avions, à la fin de mai 1911 : 1 393 tuberculeux en traitement. Si j'ajoute 396 nouveaux cas, j'obtiens le total de 1 789. Ce chiffre marque assurément, pour l'antique médecine. l'*ère de la Révolution*.

Lorsque ce traitement se sera suffisamment propagé, on ne soignera presque plus de tuberculeux du 3e degré et on les guérira dès l'apparition de la maladie.

L'ensemble de ces résultats pour le traitement de toutes les maladies infectieuses vous permet d'entrevoir l'œuvre humanitaire, économique et sociale que je veux réaliser.

Le plus grand bienfait pour l'homme n'est-il pas de supprimer à la fois la maladie et la souffrance? Ma nouvelle thérapeutique supprime la souffrance, parce qu'elle supprime l'état de maladie; et l'homme, s'il est à l'abri de la maladie, peut atteindre les âges bibliques, en conservant sa vigueur physique et intellectuelle.

L'emploi de la Mycolysine permet aussi de combattre la dépopulation. Les causes principales de dépopulation sont : d'abord *la diarrhée infantile*. Or la Mycolysine guérit la *diarrhée des nouveau-nés*, comme elle guérit l'entérite de l'adulte et la diarrhée de Cochinchine.

Après la diarrhée infantile, nous devons compter, comme une des causes principale de dépopulation, les maladies aiguës, qui sont très meurtrières. La Mycolysine guérit en une demi-heure le rhume de cerveau, elle prévient la grippe, la bronchite, et la pneumonie; si vous éprouvez les premiers symptômes d'une angine : prenez 50 grammes de Mycolysine, et vous serez guéri au bout de quelques heures. Avant une course rapide en automobile, par un temps froid et humide, buvez une dose de Mycolysine, et vous vous exposerez au grand air sans risquer le moindre malaise.

Le neveu d'un de mes amis était atteint d'une bronchite et hésitait à se rendre à un rendez-vous pressé. Je lui dis : Prenez cette dose de Mycolysine et n'hésitez pas à partir. Il se rendit au rendez-vous : le voyage dura près de deux heures; il arriva guéri.

Aujourd'hui, souffrir d'une angine, mourir d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire est devenu, grâce à la Mycolysine, complètement absurde.

Je vous apporte des observations indiscutables; elles démontrent que ma nouvelle thérapeutique bouleverse toute la vieille médecine.

Les maladies aiguës sont dorénavant supprimées pour quiconque adopte la Mycolysine. La tuberculose est également vaincue.

Quant à l'artério-sclérose, nous savons que la d'Arsonvalisation par les courants

de haute fréquence, suivant la technique du Dr Moutier, permet de supprimer l'hypertension et de combattre les accidents, jusqu'ici incurables, de cette affection meurtrière.

On *ne doit plus mourir jeune* et l'homme a désormais le pouvoir de prolonger la vie dans des proportions considérables. Quiconque observe les règles de l'hygiène et se met à l'abri des maladies doit être très vigoureux à l'âge de 80 ans. La prolongation de la vie n'est intéressante que si l'on conserve, avec la santé, la vigueur physique et intellectuelle.

Au point de vue économique, songez au gain considérable d'argent, de santé, de bien-être, et de force vitale, que comporte la disparition des maladies infectieuses.

En effet ma nouvelle thérapeutique supprime, avec la souffrance, les frais de maladie, souvent si considérables.

Voici un tableau qui vient de m'être remis par un médecin de l'Institut de la rue Paul-Dubois, le docteur Miette. Il conclut que, dans une famille laborieuse, le traitement des maladies infectieuses par ma nouvelle méthode revient *au cinquième* et même *au dixième* des frais actuels.

Au point de vue social, nous arrivons à supprimer l'interruption si fréquente de toutes les manifestations de l'activité de l'homme.

L'application de ma méthode dans les centres administratifs et ouvriers est très facile. Nous l'avons expérimentée dans une grande administration, où il y a 800 ouvriers. On a d'abord été obligé de visiter pendant un mois, sur ces 800 employés, 147 malades.

Tous ont suivi mon traitement. Une infirmière diplômée distribue la Mycolysine buvable et fait les injections sous-cutanées. Actuellement le médecin n'a plus besoin de venir que deux fois par semaine, et c'est à peine si deux ou trois malades se présentent à chaque consultation.

Si vous voulez étudier ces résultats et comparer les dépenses actuelles des Sociétés de secours mutuels, vous comprendrez quelles forces vives et quelles sommes d'argent l'adoption de cette nouvelle thérapeutique permettra d'économiser dans la nation tout entière.

Le nouveau traitement des maladies infectieuses sera particulièrement avantageux dans l'armée et dans la marine. Les jeunes soldats et les jeunes marins contractent bien des maladies au service de la Patrie. Les cas graves sont envoyés à l'hôpital. Les malades y séjournent deux à trois semaines ou davantage. On leur donne ensuite un congé de convalescence, et ils sont renvoyés dans la famille, où ils demeurent à la charge de leurs parents. Il en est de même pour les jeunes tuberculeux. Ces malheureux, incapables de gagner leur vie, rentrent dans leur famille et succombent au progrès de la maladie, en contaminant leur entourage.

L'application de la méthode thérapeutique supprimera cet état de choses regrettable. Dans l'armée de terre et sur les navires, c'est l'infirmerie régimentaire qui remplira le rôle principal. On préviendra, par la seule Mycolysine, les angines, les bronchites, la grippe, la pneumonie et on supprimera entièrement la furonculose, maladie des jeunes soldats, dont la peau est infectée par le Staphylocoque.

On peut supprimer également dans l'armée la méningite cérébro-spinale et les fièvres éruptives, ou bien on les rendra inoffensives. Toutes les expériences nécessaires ont été faites, et il ne s'agit plus que d'appliquer ma méthode.

On supprimera aussi dans l'armée la moitié des cas d'hospitalisation et, lorsque celle-ci sera nécessaire, la durée de l'hospitalisation sera réduite au *cinquième* de la durée actuelle. De plus, la convalescence sera abrégée, et le malade,

rapidement guéri, rentrera au régiment aussi vigoureux qu'avant sa maladie.

La Panphagine, qui est très analogue à la Mycolysine, guérit de la même manière la plupart des maladies infectieuses des animaux domestiques; par exemple, les maladies infectieuses du chien, de l'âne et du cheval.

La Pneumonie du cheval dans la cavalerie, est très meurtrière. Or, les injections de Panphagine guérissent cette maladie en quelques jours et l'animal peut être immédiatement remis en service, sans être affaibli et sans présenter aucune tare.

Il en est de même des épidémies de gourme, chez les jeunes chevaux.

Vous voyez qu'il s'agit, non pas d'une méthode étudiée à la légère, mais d'une méthode générale de traitement des maladies infectieuses, applicable chez l'homme aussi bien que chez les animaux domestiques.

Je viens de vous faire connaître les premières confirmations officielles de mes expériences. Le meilleur moyen de propager cette nouvelle méthode est de faire la « propagande par le fait ». C'est dans ce but que j'ai créé, dans le XIV[e] arrondissement, cette nouvelle annexe de mon Institut, et je vais en créer d'autres dans les quartiers les plus populeux de Paris.

Le Gérant : Édouard Hubert.



Coupe sagittale mamillaire droite chez l'homme,

Consulter pour la nomenclature la planche 4 du fascicule 1 de l'Atlas d'anatomie topographique (Doyen-Bouchon-R. Doyen)

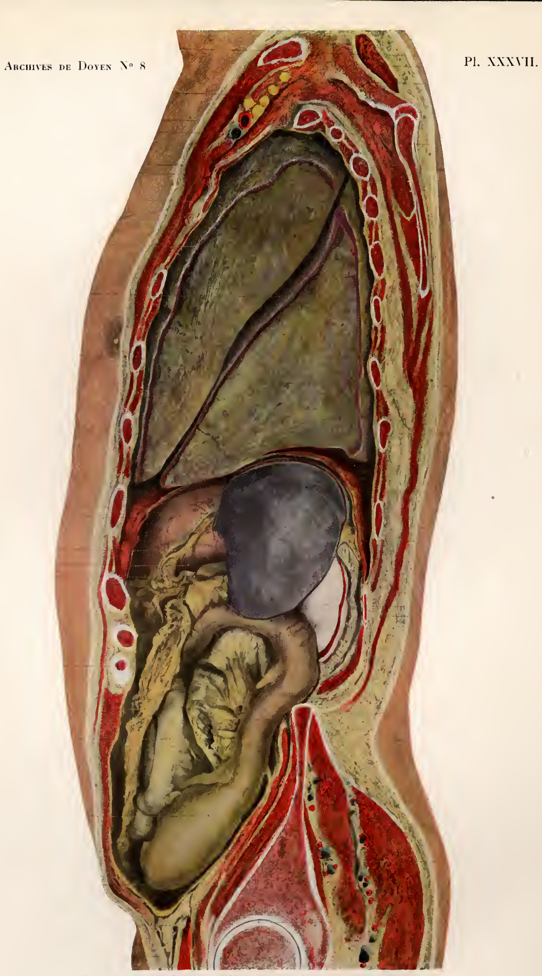
Coupe sagittale mamillaire droite chez l'homme,
aprés addition des organes du segment externe.

Consulter pour la nomenclature la planche 4 du fascicule 1 de l'Atlas d'anatomie topographique (DOYEN-BOUCHON-R.DOYEN)



Coupe sagittale mamillaire gauche chez l'homme,

Consulter pour la nomenclature la planche 23 du fascicule 1 de l'Atlas d'anatomie topographique (Doyen-Bouchon-R. Doyen)



Coupe sagittale mamillaire gauche chez l'homme,
aprés addition des organes du segment externe.

Consulter pour la nomenclature la planche 24 du fascicule 1 de l'Atlas d'anatomie topographique (Doyen-Bouchon-R Doyen)

VIENNENT DE PARAITRE :

Atlas d'anatomie topographique

E. DOYEN

J. BOUCHON — R. DOYEN

Cet ouvrage renferme des photographies faites d'après nature.

Grâce à des procédés personnels, qui ont permis une fixation parfaite des snjets et leur section irréprochable, il a été possible de reproduire les pièces anatomiques les plus informes.

Cet atlas renferme 279 photographies réparties en fascicules de 24 planches.

Fascicnle n° 1 (*Coupes sagittales chez l'homme*) : 24 planches.
Fascicnle n° 1 (*Coupes sagittales chez la femme*) : 24 planches.
Fascicule n° 3 (*Coupes frontales chez l'homme*) : 24 planches.
Fascicule n° 4 et n° 4 *bis* (*Coupes frontales chez la femme*) : 39 planches.
Fascicules n° 5^1, 5^2, 5^3, 5^4, 5^5 (*Coupes de tronçonnage chez l'homme*) : 120 planches.
Fascicule n° 6 (*Coupes de tronçonnage chez la femme*) : 24 planches.
Fascicule n° 7 (*Coupes diverses du membre supérieur et du membre inférieur* : 24 planches.

Chaque fascicule se vend séparément. . . . . 4 fr.

Spécimen sur demande.

12 Planches Murales d'anatomie topographique en noir et en couleur

64 cm × 95 cm.

1° Coupe sagittale médiane chez l'homme.
2° Coupe sagittale médiane chez la femme.
3° Coupe sagittale para-sternale gauche chez l'homme.
4° Coupe sagittale para-sternale chez l'homme après addition des organes du segment externe.
5° Coupe sagittale para-sternale droite chez l'homme.
6° Coupe sagittale para-sternale droite chez l'homme, après addition des organes du segment externe.
7° Coupe frontale chez l'homme passant par la ligne axillaire antérieure.
8° Coupe frontale de la face.
9° Coupe de tronçonnage chez la femme passant par la ligne bimamillaire.
10° Coupe de tronçonnage chez l'homme passant par les quatre cavités du cœur.
11° Coupe de tronçonnage chez l'homme passant par la première vertèbre lombaire.
12. Coupes diverses du membre inférieur et du membre supérieur.

Chaque planche se vend séparément montée et collée sur toile.

En noir. . . . . . **4** fr.
— couleurs. . . . **6** fr.

Paris. — Typ. Ph. Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 50581